This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.....	20	—
Pour les pays de l'Union postale....	22	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LIII

Contenant des travaux de

BAUDRON, CLAISSE (A.), COUVELAIRE (A.), DELAGÉNIÈRE (H.), FRAIKIN, GOUBAROFF, GOULLIOUD, HARTMANN, HERGOTT (F.-J.), HIMMELFARB, JEANBRAU et MOITESSIER, LABUSQUIÈRE, LEPAGE, PINARD, PLATON, RICHELOT, RIES (E.), RONSSE, VON LINGEN, WEISS et SCHULL.

1900

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1900

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JANVIER 1900

DU SOI-DISANT FŒTICIDE THÉRAPEUTIQUE

Par M. le Professeur **Pinard** (1).

MESSIEURS,

Après avoir consciencieusement étudié et appris la thérapeutique des viciations pelviennes, telle qu'elle est appliquée et enseignée dans cette clinique, peut-être vous croyez-vous suffisamment préparés pour lutter victorieusement dans la pratique, en face d'accouchements rendus difficiles par rétrécissement du bassin. Si vous avez cette croyance ou cette illusion, je dois vous désabuser, car vous pouvez rencontrer des difficultés d'un ordre spécial, avec lesquelles vous ne m'avez jamais vu aux prises ici, et qui, cependant, peuvent inopinément surgir devant vous, et rendre votre situation encore plus angoissante. Or, comme j'ai la responsabilité de votre instruction et de votre éducation professionnelles, je considère comme un droit et un devoir d'aborder, d'exposer et de discuter devant vous, toute question pouvant vous intéresser, quelque délicate, quelque grave soit-elle, et bien qu'elle puisse nous obliger, comme dans l'espèce, à sortir du domaine de l'obstétricie pure, pour faire une excursion sur celui de la sociologie ou de la morale, et

(1) Leçon de réouverture faite à la Clinique Baudelocque le lundi 6 novembre 1899.

25040

cela afin d'éclairer votre jugement et de ne pas vous laisser prendre au dépourvu.

La difficulté que vous ne connaissez pas et que vous êtes exposés à voir se dresser devant vous comme praticien, la question que vous pouvez être appelés à résoudre, se trouve tout entière dans le cas suivant :

Femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin; l'enfant est à terme et vivant; l'intervention que vous jugez indiquée, nécessaire et indispensable, vous est interdite, soit par la parturiente elle-même, soit par son entourage; une autre intervention vous est imposée, et cette intervention implique la mort de l'enfant.

Que devez-vous faire en pareille occurrence ?

Inutile d'insister pour vous faire comprendre qu'il n'est pas de question d'un ordre plus élevé et qui soit plus importante quant aux intérêts qu'elle concerne.

Aussi, pour la résoudre, est-il absolument nécessaire de rechercher si le *jus vitæ necisque, le droit de vie et de mort sur l'enfant*, appartient ou peut appartenir, dans certaines circonstances, légitimement ou scientifiquement, à quelqu'un. Peut-il appartenir au père ? peut-il appartenir à la mère ? peut-il appartenir au médecin ? peut-il appartenir à d'autres personnes ?

Tels sont les points que je vais d'abord exposer.

Le droit de vie et de mort sur l'enfant peut-il appartenir au père?

Voyons à ce propos ce que nous apprend d'abord l'histoire concernant la puissance paternelle.

L'existence du droit de vie ou de mort (jus vitæ necisque), qui appartenait, chez les Romains, au paterfamilias, est attestée, en particulier, par Denys d'Halicarnasse (1). A l'origine du

(1) Liv. II, ch. 26 et 27.

droit romain, le *paterfamilias* possédait effectivement le « jus vitæ necisque » sur tous les membres de la famille : femme et enfants.

Mais ce pouvoir sur la personne, il ne pouvait et ne devait s'en servir que comme juge, c'est-à-dire pour punir (1). Or, dans l'espèce, on ne peut se prévaloir de cette coutume antique et barbare pour donner au père le droit de vie et de mort sur un enfant qui, n'ayant pas vécu, ne peut s'être rendu coupable d'aucune faute.

Du reste, les progrès de la civilisation atténuèrent progressivement la puissance paternelle, et le droit de tuer l'enfant disparut avec Trajan et Adrien. Bientôt, aux termes d'une constitution de Constantin, le père meurtrier de son fils devait subir la peine du parricide (2).

Ai-je besoin de vous dire que nos lois actuelles, bien loin de donner au père le droit de vie et de mort sur son enfant, visent surtout à protéger ce dernier ?

Donc, on ne peut s'appuyer ni sur les lois anciennes, ni sur les lois actuelles pour soutenir le privilège qu'aurait le père du droit de vie et de mort sur l'enfant *in utero*. Malgré cela, il résulte de la tradition et surtout de notre éducation qu'aujourd'hui encore, certains pères se croient en puissance de ce droit. Mais, ils ne l'exercent pas pour *punir*, ils se croient en droit de l'exercer pour *sauver*, comme je vais vous le faire comprendre par certains exemples.

Écoutez ces paroles prononcées le 16 mars 1852 à la tribune de l'Académie de médecine (3) : « Un grand événement allait s'accomplir. La France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe.

---

(1) Je dois, à ce sujet, des renseignements très précis et très précieux à M. Garçon, professeur à la Faculté de droit, pour lesquels je ne saurai trop le remercier.

(2) Voir ACCARIAS : *Précis de droit romain.*

(3) In *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVII, 1851-1852, discussion à propos du rapport de Cazeaux, p. 531.

« L'empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Ant. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement.

« Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant si désiré, n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : *Sauvez la mère!* Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'empereur n'était plus qu'un homme. »

C'est avec cet exemple et ce langage que Cazeaux essayait de démontrer à l'Académie que le fœticide n'est pas immoral et ne blesse pas tous les sentiments humains. Et pour entraîner la conviction de ses auditeurs, il ajoutait : « Faut-il dire qu'il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles. Toutes les fois, en effet, que nous nous trouvons en présence d'un cas grave, et que nous manifestons les craintes légitimes que nous imposent de sérieuses difficultés, quelle est la première recommandation qui nous est faite par le pauvre comme par le riche, par l'artisan et le grand seigneur : « Avant tout, Monsieur, *sauvez la mère!* »

Si, en prononçant ces paroles pour soutenir sa thèse, Cazeaux était dans le faux comme philosophe, comme moraliste et comme médecin, ainsi que je vous le démontrerai tout à l'heure, il était dans le vrai comme historien, car ce qu'il avait entendu, nous l'entendons encore à l'heure actuelle, témoin la lettre que je recevais *hier* et que je vous demande la permission de lire :

9 octobre 1899.

« Mon cher docteur, voyant que « l'événement » tarde à se produire et craignant que ce retard entraîne des complications, je vous envoie cette lettre qui, malheureusement, aura peut-être encore le temps d'arriver, pour vous dire que, s'il y a danger sérieux et qu'il faille que vous *sacrifiiez* quelqu'un, je vous demande d'*abandonner* (1) le second et de conserver la mère...., etc. »

(1) Quel bel exemple d'euphémisme !

Cette lettre est signée d'un nom très légitimement grand dans l'histoire, et qui appartient aujourd'hui à un homme instruit, profondément honnête, de grand cœur et qui jamais ne croira devoir transiger avec sa conscience, en un mot un *romain* dans la belle acception du mot.

Et cependant, de par l'imprégnation traditionnelle, de par l'histoire ancienne, de par une fausse éducation, cet homme, que j'estime et que j'aime, obéissant à un sentiment qu'il croit élevé, montre au moins un manque absolu de jugement en condamnant son enfant à l'*abandon*, c'est-à-dire à la mort, alors qu'il n'est ni renseigné, ni compétent.

Pourquoi a-t-il agi ainsi ? Parce qu'il croit, parce qu'il a entendu dire, suivant une opinion communément répandue, que, dans certains cas, le sacrifice de l'enfant pouvait être le salut de la mère.

Mais, ainsi que le fait remarquer Nægelé dans une dissertation à laquelle je ferai dans le cours de cette leçon de nombreux emprunts, le père peut avoir, dans ces circonstances, d'autres mobiles que le salut de la mère ; aussi ne lui reconnaît-il aucun droit dans ces circonstances, pas plus qu'aux parents du reste.

De ce que je viens de vous exposer déjà, il résulte :

1° Que l'on ne peut s'appuyer sur aucune loi pour reconnaître au père le droit de vie ou de mort ;

2° Que, malgré l'opinion de Nægelé, il est cependant de croyance générale, à l'heure actuelle, que le père possède ce droit ;

3° Qu'en exerçant ce droit, le père n'a en vue que le salut de la mère.

Le droit de vie et de mort appartient-il, peut-il appartenir à la mère ?

A cette question, traitée par les représentants les plus illustres de l'obstétrique : Nægelé, dans son fameux discours : « Disseritur de jure vitæ et necis quod competit medico in partu », 18 novembre 1826, Heidelberg ; Cazeaux, Danyau,

Dubois, etc., dans la mémorable discussion de l'Académie de médecine en 1852 ; L.-G. Hubert à l'Académie royale de médecine en Belgique, 1852, la réponse a été contradictoire.

Nægelé et Cazeaux sont nettement pour l'affirmative ; Danyau et Dubois sont plus réservés ; L.-G. Hubert est résolument pour la négative.

Examinons donc les raisons — non, j'ai tort d'employer ce mot — les arguments fournis par Nægelé et Cazeaux et sur lesquels ils s'appuient pour légitimer leur manière de voir.

Il est une loi qui donne à la mère le droit de vie et de mort sur son enfant, c'est la loi naturelle, définie ainsi par Cicéron, dit Nægelé (1) : « *Est igitur hœc non scripta, sed nata lex : quam non didicimus, accepimus, legimus ; verum ex natura ipsa arripuimus, hausimus, expressimus : ad quam non docti, sed facti ; non instituti sed imbuti sumus : ut si vita nostra in aliquas insidias, si in vim, si in tela aut latronum, aut inimicorum incidisset, omnis honesta ratio esset expediendœ salutis* » (Cicero ; *pro Milone*, cap. 4) (2).

« Cette loi suprême, impérieuse, dit Cazeaux, qui cite également Cicéron, est l'instinct de la conservation ; elle nous donne le droit de faire tout ce qui est nécessaire à la conservation de notre être ; c'est le cas de nécessité...

La femme, placée dans la grande alternative de sacrifier sa vie à celle de son enfant ou de l'immoler à sa propre conservation, est bien évidemment dans le cas de nécessité...

Le cas de légitime défense n'existe pas seulement, en effet, lorsque le danger résulte d'une attaque volontaire, raisonnée et dirigée par l'agresseur dans le but bien réfléchi de porter atteinte à notre existence ; il suffit que la vie soit compromise pour qu'on ait le droit de se défendre ; et s'il n'est d'autre

---

(1) *Loc. cit.* en note p. 16 et 17.

(2) Je dois à mon éminent et vénérable maître et ami le professeur L.-J. Herrgott la communication du discours de Nægelé, et à M. C. Leclerc, notaire honoraire, la traduction de cette œuvre importante. Je leur exprime à tous deux ma reconnaissance.

moyen de se garantir des attaques d'un fou furieux, il est permis de le tuer. Le pauvre insensé n'est pourtant pas plus coupable des coups dirigés contre vous que le fœtus n'est responsable des dangers auxquels il expose sa mère, dangers dont il n'a nullement conscience (1). »

Sur ce point, comme vous le voyez, Nægelé et Cazeaux sont absolument d'accord. Mais ce qui les sépare, c'est que, pour Nægelé, la mère doit être seule et souveraine juge : « Mater sola discernendi jus habet, nec ulla in terris potestas jure eam cogere potest, ut de vita dimicet. » Tandis que, comme je vous l'ai dit, Cazeaux donne également au mari voix au chapitre. Ainsi, pour Nægelé et Cazeaux et pour tous ceux qui adoptent ce principe, la femme qui accouche est, vis-à-vis de son enfant, en *état de légitime défense*, et cet état lui donne le droit de vie et de mort sur cet enfant.

Pour L.-G. Hubert : « On n'a jamais le droit de tuer un être complètement innocent, comme l'est l'enfant *in utero*, pour se soustraire à un danger quelque grave qu'il soit, et moins que jamais, quand ce danger est éloigné et éventuel. Ce droit n'existe ni au point de vue naturel, ni au point de vue religieux (2). » Mais pour Hubert la mère n'est pas *obligée* de se soumettre à telle ou telle opération.

Entre ces principes, si nettement formulés, peuvent être placées les opinions non caractérisées de ceux qui agissent suivant les occasions et les circonstances et non suivant des principes.

On peut donc dire aujourdh'ui :

1° Que, pour certains accoucheurs, la mère possède, au moment de l'accouchement, le droit de vie et de mort sur son enfant ;

2° Que, pour eux, ce droit s'appuie sur la loi naturelle et ne doit s'exercer qu'en cas de défense ;

3° Que, pour d'autres accoucheurs, ce droit n'existe pas ou est contesté.

---

(1) In *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. 17, 1851-1852, p. 378.

(2) *Cours d'accouchements*, par L.-G. Hubert et publié par son fils E. Hubert. Louvain, 1869, p. 64.

Le droit de vie ou de mort appartient-il au médecin pendant l'accouchement?

« Si, dit Nægelé, la mère a le droit de tuer son enfant ou de demander qu'on le tue, le médecin a, lui-même, le droit de pratiquer cette destruction... Par cela même que le médecin obstétricien a reçu le pouvoir de venir en aide par son art à la mère, et que celle-ci a le droit d'exiger qu'il accomplisse l'œuvre entreprise, son *devoir* est de lui porter secours, alors que la parturiente a invoqué son aide; par ces motifs, il est hors de doute et plus clair que le jour qu'il est dans l'obligation de supprimer le fœtus » (1).

Vous voyez, par cette citation, que, pour l'auteur, le médecin a le *droit* et le *devoir* de tuer l'enfant dans certaines circonstances.

Cazeaux cherche de cette façon à établir le droit de vie ou de mort du médecin pendant l'accouchement : « puisque, dit-il, nous avons démontré que la loi suprême, la loi inhérente à tout notre être, l'instinct de la conservation, en un mot, loi antérieure et supérieure à toutes les conventions sociales et religieuses, *légitime* quand il ne blesse en rien les intérêts de la société, tout effort fait pour son propre salut, je crois pouvoir conclure que la femme et par conséquent le *médecin peut* sacrifier la vie de l'enfant toutes les fois que *très probablement* elle est incompatible avec celle de la mère » (in *Bull. de l'Acad.*, page 381).

Nægelé essaie aussi de justifier ce droit et ce devoir dans une longue discussion où la rhétorique, jointe à une morale spéciale, joue le plus grand rôle. Je dois cependant vous la résumer, car sa manière de voir est encore adoptée, suivie et soutenue par un grand nombre d'accoucheurs contemporains.

Voici ce que dit Nægelé : « les droits de la mère et de l'enfant non encore né ne sont pas égaux ; en cas de conflit, ceux de la mère dans l'exercice de sa défense doivent l'emporter sur ceux

(1) NÆGELÉ, p. 16 et 17.

du fœtus. Le fœtus enfermé dans le sein de sa mère ne vit pas encore de la vie véritable, de la vie intégrale. »

Cette interprétation a été paraphrasée à l'infini, depuis 1826 jusqu'à nos jours, ainsi que je vais vous le faire voir :

« Je ne rappellerai pas que la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérance, peut être difficilement mise en balance avec celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent... » (Cazeaux) (1).

Et aujourd'hui vous pourrez trouver dans les comptes rendus des Congrès, des Sociétés savantes, partout enfin où cette question est traitée, la même idée formulée pour la défense du fœticide, à savoir que le fœtus à terme n'a pas la valeur de la mère : ce n'est qu'un *devenir, ou la possibilité d'un semblable !* Je crois même avoir lu quelque part que la vie de la femme équivalait, au point de vue social et économique, au moins à trois enfants à terme !

Vous trouverez aussi quelque chose de plus, c'est que, dans la clientèle privée, il faut résolument donner la préférence à la perforation de l'enfant vivant sur les autres opérations (2).

Vous trouverez enfin que les indications du fœticide peuvent résulter : de la vigueur, de la situation sociale, de l'état de primiparité ou de multiparité de la mère, de son entourage familial, de son mobilier, etc., etc.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que pour Nægelé, Cazeaux et même pour beaucoup d'accoucheurs contemporains, le médecin a le devoir de se faire exécuteur des hautes ou basses œuvres de la mère ;

2° Que le médecin possède, par l'exercice de sa profession, le droit de vie et de mort sur l'enfant.

---

(1) In *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. 17, p. 379.

(2) In rapport du prof. LÉOPOLD publié dans les *Annales de gynécologie*, octobre 1899, p. 409.

Le droit de vie et de mort peut-il appartenir à d'autres personnes ?

Au début de mes études médicales, j'avais entendu dire que dans les maternités, l'accoucheur était lié par les règlements administratifs, et qu'il ne pouvait prendre de détermination, au point de vue d'une intervention opératoire, qu'en présence du directeur de l'établissement hospitalier.

Bien que je n'aie jamais vu mes maîtres avoir recours, dans leur pratique hospitalière, à cette intervention directoriale, je sais que la croyance au règlement existe, et j'ai appris que tout récemment encore, un de nos collègues, accoucheur des hôpitaux, se trouvant en face d'une femme ne pouvant accoucher par suite de rétrécissement du bassin, avait troublé le sommeil du directeur de l'établissement pour lui exposer la situation et lui demander son avis.

Désirant savoir exactement à quoi m'en tenir sur ce point, j'adressai, le 29 mars dernier, la lettre suivante à mon ami le Dr Napias, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique :

Monsieur le Directeur général,

J'ai l'honneur de vous demander s'il existe, dans les cartons de l'Administration, des règlements sur lesquels un accoucheur chef de service puisse et doive s'appuyer pour déterminer son intervention dans les circonstances suivantes : femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin, et refusant toute opération autre que le broiement de son enfant, alors que ce dernier est vivant.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre combien la question que je vous adresse est grave, et je vous prie d'agréer, etc.

Le 4 novembre, c'est-à-dire il y a deux jours, je recevais la réponse suivante :

Mon cher ami,

Si je ne vous ai fait parvenir jusqu'ici aucune réponse relativement

à la question que vous avez posée à l'Administration par votre lettre du 29 mars dernier, c'est parce que le Conseil de surveillance, à qui je l'ai soumise, n'a pu, après l'étude que sa commission en a faite, émettre un avis ferme sur un cas qui lui a paru, par son essence même, échapper à toute réglementation. La Commission du Conseil a, en effet, considéré qu'il s'agissait là d'un cas de conscience, *estimant qu'il n'était pas possible de passer outre à la volonté de la femme qui se refuserait à laisser pratiquer sur elle toute opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie et que, en présence de cette situation, le médecin était seul juge de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il avait à tenir.*

Signé : NAPIAS.

Cette lettre, extrêmement intéressante, démontre :

1° Qu'il n'existe aucun règlement administratif déterminant la conduite que doit tenir un accoucheur en face du cas précité ;

2° Que l'administration de l'Assistance publique actuelle, représentée par la Commission du Conseil de surveillance (Commission qui renferme, parmi ses membres, des accoucheurs et des jurisconsultes), estime qu'on n'a pas le droit d'imposer à une parturiente une opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie, et que le médecin est seul juge de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il a à tenir.

Donc, de par cette réponse officielle, nous savons déjà, d'une façon nette et définitive, qu'il est inutile de réveiller et de consulter le directeur d'une maternité dans le cas qui nous occupe. Nous savons, de plus, que, probablement, l'administration se rallie à l'opinion que Nægelé exprime en ces termes :

« Quant aux médecins qui demandent aux magistrats d'éta-
« blir pour eux, dans les cas de cette nature, des lois qui leur
« servent de guides et choisissent les remèdes qu'ils doivent
« employer, ceux-là montrent clairement qu'ils ont encore
« besoin d'un tuteur. Oh ! quelles perturbations désastreuses
« occasionnerait l'introduction d'un laïque dans l'intérieur sacré
« de notre art... ! (1) »

En résumé, je viens de vous démontrer que le droit de vie et

(1) NÆGELÉ. *Loc. cit.*, p. 18.

de mort n'appartient à aucun représentant de l'administration.

Après vous avoir exposé l'état de la question, après vous avoir résumé l'opinion de nos devanciers, après vous avoir démontré la conduite tenue par eux, le moment est venu de vous donner les raisons sur lesquelles je m'appuie et sur lesquelles vous vous appuierez — je me plais à le croire — pour suivre une conduite différente.

Je dois vous avouer que je fus tout d'abord un élève docile et classique. Je mis en œuvre ce qu'on m'avait enseigné. Je fis ce que j'avais vu faire par mes maîtres. Et pendant des années, dans maintes circonstances, hélas ! je pratiquai l'embryotomie sur l'enfant vivant. Mais ce ne fut jamais sans souffrance et sans révolte de ma conscience que je me résignais à broyer des enfants plein de vie et que j'avais mission de sauver.

Interne, chef de clinique, chef de service, j'ai tellement souffert en voyant pratiquer et en pratiquant moi-même d'abord des céphalotripsies, et ensuite des basiotripsies sur des enfants vivants, que j'ai toujours cherché à faire disparaître ce supplice au point de vue humain, cet aveu d'impuissance au point de vue scientifique, en un mot cet opprobre obstétrical (1). De là deux voies dans lesquelles je suis entré : les applications de forceps au détroit supérieur, l'accouchement provoqué.

Je ne tardai pas à être convaincu que ce procédé et que cette méthode, quoique donnant des résultats supérieurs à ceux obtenus précédemment, ne représentaient l'idéal, ni au point de vue scientifique, ni au point de vue moral. L'un donne trop de morts ou de blessés, l'autre trop de débiles, de prématurés inaptes à vivre, sans compter également les morts.

Au point de vue scientifique, l'impuissance persistait ; au point de vue moral, rien n'était changé, car je ne me reconnaissais pas plus le droit de provoquer des infirmités que de provoquer la mort, et mes angoisses restaient les mêmes lorsque je me trouvais en face d'un rétrécissement du bassin.

---

(1) PINARD. Contribution à l'étude de la symphyséotomie. *Congrès obstétrical de France*, mars 1893.

Enfin, se produisit la révolution résultant de la connaissance des découvertes de Pasteur et des travaux de Lister, révolution dont les bienfaits ne furent pas moindres en obstétrique qu'en chirurgie, et qui fut, en particulier, le point de départ d'une ère nouvelle dans la thérapeutique des viciations pelviennes. De même que la mortalité devint une rareté dans les accouchements spontanés, de même elle est devenue une exception dans les accouchements artificiels. L'obstétrique opératoire évoluant n'a plus et ne doit plus avoir, à mon avis, que le but suivant : être essentiellement conservatrice.

De là ces mots que j'ai fait inscrire sur nos murs il y a quelques années :

« **L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.** »

Mais cette manière de comprendre ainsi le rôle actuel de l'accoucheur n'est pas encore admise par tous. L'imprégnation traditionnelle résiste et s'appuie dans sa réaction sur l'argument suivant qui, déjà, vous est connu :

Vous ne devez pratiquer une opération sur une parturiente que si cette dernière y consent.

C'est là aujourd'hui le grand cheval de bataille, car on n'ose plus proclamer le droit du père et je vous ai montré ce qu'il fallait penser du droit dont était investi le directeur d'une Maternité.

Nous nous retrouvons donc en face du célèbre aphorisme de Nægelé : mater sola, etc. Eh bien, cet aphorisme, je ne l'admets en aucune façon et ne saurais assez protester contre sa fausse légalité morale.

Avant d'aller plus loin, je veux qu'il soit bien entendu ici qu'il n'y a aucune similitude à établir entre la situation d'une femme ne pouvant accoucher qu'à l'aide d'une intervention opératoire et celle d'un être humain quelconque, homme ou femme, majeur ou mineur, étant, de par une maladie ou un accident, également justiciable d'une opération. Là il y a deux êtres en jeu, ici il n'y en a qu'un seul, qui peut plus ou moins

se réclamer de sa liberté pour refuser une opération proposée par le chirurgien. Ceci dit, je continue.

Autant que qui que ce soit, je suis partisan de la liberté de chacun et je m'efforce de la respecter. Or, j'ai appris que la liberté consiste à tout faire sauf ce qui peut nuire à quelqu'un. Cela posé, peut-on admettre que la mère puisse refuser de laisser pratiquer sur elle une opération qui seule permettra l'extraction de son enfant vivant, invoquant le danger éventuel de cette opération et prétextant qu'en tuant l'enfant elle courra moins de danger ? Si oui, vous donnez alors à la femme le droit d'interrompre sa grossesse quand elle voudra, c'est-à-dire le droit à l'avortement, vous lui donnez le droit à la castration, vous lui donnez le droit de ne plus cohabiter avec son mari, car elle pourra toujours invoquer le danger éventuel que lui fera courir un accouchement. Cela ne mène à rien moins qu'à la disparition de l'espèce !

Ne croyez pas que j'exagère et laissez-moi vous citer un fait que j'ai rapporté, il y a plus de vingt ans, dans mon article « Forceps » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, page 547, qui montre de quelle façon peut être exercé le droit qu'auraient les parturientes de refuser une opération :

« Exceptionnellement, on peut rencontrer des femmes qui, mises au courant de leur situation et de celle de leur enfant, refusent obstinément toute opération, espérant de cette façon être débarrassées des charges de la maternité. Bien qu'il soit difficile de comprendre et qu'il répugne d'admettre que des cas semblables puissent se présenter, il faut s'incliner devant la réalité et, quoique monstrueux, ces faits existent.

« Nous eûmes l'occasion d'en constater un l'année dernière à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Bourdon. Appelé par ce savant médecin pour délivrer une femme en travail chez laquelle on avait constaté une procidence du cordon avec un sommet encore au niveau du détroit supérieur, nous ne pûmes faire accepter l'opération à cette malheureuse qui, nous ayant entendu dire que son enfant souffrait et succomberait rapidement, si l'on n'intervenait pas, ne répétait que ces mots :

« Eh bien, tant mieux ! s'il meurt, je n'aurai pas la peine de l'élever ! » Devant ce parti pris, après en avoir conféré avec M. Bourdon, nous fîmes donner du chloroforme, l'opération fut faite pendant l'anesthésie, et l'enfant put, de cette façon, être sauvé.

« Nous pensons, en effet, que l'anesthésie est la seule ressource à employer quand, malgré tout, l'opération étant urgente, la femme la repousse, quel que soit le mobile qui la fasse agir. »

Je ne comprends pas davantage ce pseudo-respect de la liberté individuelle, qui fait dire à quelques accoucheurs : avant de pratiquer une opération sur une parturiente, vous devez toujours lui faire connaître cette opération et être autorisé par elle à la pratiquer.

J'avoue, Messieurs, que ceci me stupéfie. Comment ! avant de faire une application de forceps, je dois prendre les branches de l'instrument et expliquer plus ou moins éloquemment à la parturiente que je vais les lui introduire dans le corps ! Je dois procéder de la même façon avec le perforateur, et lui montrer que je vais d'abord perforer la tête de son enfant et ensuite la broyer avec les branches du basiotribe. Ou bien je dois lui dire que je vais lui fendre le bassin et lui ouvrir le ventre ! Vous allez ainsi ajouter aux souffrances, aux angoisses de cette malheureuse, inconsciente, ignorante, les affres de la terreur ! Je trouve, quant à moi, cette conduite insensée.

Avant de pratiquer une opération quelconque, je n'ai jamais dit autre chose, en ville comme à l'hôpital, que ceci : « Madame, vous ne pouvez accoucher seule, il faut vous aider, et c'est ce que je vais faire », et je vous engage à procéder de la même façon. Pour formuler une opinion saine, pour porter un jugement droit, il faut être compétent, et, dans l'espèce, seul l'accoucheur peut l'être.

Si le droit de vie et de mort pouvait appartenir à quelqu'un, il ne pourrait être dévolu qu'au médecin. Alors, la question envisagée de cette façon, doit être posée ainsi : le médecin a-t-il le droit de tuer un enfant, prétextant qu'en agissant ainsi il va sauver la mère ?

Je n'hésite pas à répondre, en droit et en fait, par la négative et cela pour les raisons suivantes :

D'abord je proclame qu'il est monstrueux de discuter sur la valeur différente, au point de vue économique et social, de la vie de la mère et de celle de l'enfant, et je dis :

1° Le médecin ne doit jamais tuer. Tout médecin qui, délibérément, tue, n'est plus un médecin.

2° Aucun accoucheur ne peut affirmer qu'en sacrifiant l'enfant, c'est-à-dire en pratiquant l'embryotomie, il va sauver la mère.

Je vous en donne comme preuve les chiffres suivants :

L'embryotomie a été pratiquée dans mon service (depuis 1892 exclusivement, sur des enfants morts), 81 fois.

Résultats : 72 femmes guéries, 9 mortes.

Mortalité pour 100 : 11,5.

Permettez-moi de mettre en regard de ces résultats ceux donnés par les opérations conservatrices.

J'emprunte à mon collègue Bar le tableau ci-dessous rapporté dans son remarquable mémoire « *De l'opération césarienne conservatrice* » (1).

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	FEMMES MORTES	PROPORTION	ENFANTS MORTS	PROPORTION
Leopold	76	7	9.21 p. 100	5	6.58 p. 100
Reynolds	22	0	0	0	0
Pasquali	9	1	11.11 p. 100	?	?
Olshausen	29	2	6.89 p. 100	3	10.34 p. 100
Zweifel	14	0	0	1	7.14 p. 100
Charles	10	0	0	0	0
Bar	10	1	10 p. 100	0	0

« En somme, dit Bar, pour 170 opérations, 159 femmes ont survécu ; sur 161 enfants dont on connaît le sort, 152 sont sortis vivants.

(1) In *Journal d'obstétrique*, n° 3, p. 211.

« Soit une mortalité de 6,41 p. 100 pour les mères et une mortalité de 5,59 p. 100 pour les enfants. »

Mais, me dira-t-on, ces cas sont choisis, et dans bien des circonstances on a pratiqué l'embryotomie. Je ne le nie point ; pour la plupart des statistiques ci-dessus rapportées, cela est vrai, mais je vais répondre par une autre statistique complète, intégrale, fournie par un service où la thérapeutique des viciations pelviennes est essentiellement conservatrice ; cette statistique, vous la connaissez, c'est la mienne.

Sur 100 femmes symphyséotomisées (1), 88 guéries, 12 mortes.

Et je répète que nous avons à la Clinique Baudelocque opéré tous les cas, et lutté dans toutes les circonstances pour conserver la vie.

Messieurs, j'ai fini et je me résume.

Pour moi, l'accoucheur n'a le droit, ni moralement, ni légalement, ni scientifiquement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende qui doit disparaître.

Le droit de vie et de mort sur l'enfant n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni au médecin, ni même... au directeur de l'hôpital.

Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

Et l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes, c'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter de provoquer des maladies et des infirmités et s'efforcer de conserver la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

C'est là ma profession de foi.

---

(1) In *Rapport au Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique d'Amsterdam.* Indications de l'opération césarienne secondaire en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel, p. 16.

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS

OBSTÉTRIQUE JOURNALIÈRE

Par HENRI VARNIER,

Par F.-J. Herrgott,
Professeur honoraire de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

Le livre que vient de publier M. Varnier nous permet véritablement d'assister au travail de l'accouchement. On voit en quelque sorte les organes se modifier et se transformer d'une manière incessante; aussi suis-je, je l'avoue, très embarrassé pour analyser une pareille œuvre qui est essentiellement une œuvre descriptive.

Ce volume est un gros *in-quarto* de 435 pages, illustré de 387 figures, toutes prises *d'après nature* et, certes, on peut le dire ici mieux que jamais !

Les nombreuses pièces que l'auteur a rassemblées avec M. Pinard, depuis plus de quatorze ans, lui ont permis, comme il le dit dans sa préface, de donner à son ouvrage « un cachet presque outré de réalisme ».

De plus, grâce aux nouveaux procédés de gravure, l'auteur a pu reproduire « l'illustration photographique directe » des diverses périodes de la gestation et de la parturition.

Il a reproduit également les planches, si vraies, parues dans le courant du siècle dernier, de Smellie, de Camper et surtout celles de William Hunter, ainsi que les récentes iconographies de Braun, de Waldeyer, de Hofmeier, de Zweifel et de Hart et Barbour.

S'inspirant d'une pensée de l'Art poétique (V. 180) :

> *Segniùs irritant animos demissa per aurem,*
> *Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus et quæ*
> *Ipse sibi tradit spectator.*

ce qui peut se traduire ainsi : « *On est moins impressionné par ce qui est raconté que par ce qui a été vu* », M. Varnier a pensé avec raison que, dans l'ouvrage pratique qu'il se proposait d'écrire, la production fidèle et exacte, *photographique*, des choses et des faits lui permettrait de remplir plus sûrement le programme qu'il s'était tracé et qu'il résume en ces termes : « Étant donnée une femme qui se croit enceinte et vient vous consulter, reconnaître la grossesse, la surveiller et la conduire sans encombre jusqu'au terme, faire que l'enfant naisse vivant, en présentation du sommet, que la délivrance soit simple et complète et les suites de couches aseptiques. »

Ce but, nous n'hésitons pas à le reconnaître, l'auteur l'a pleinement atteint. Collaborateur du professeur Pinard dans ses belles *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, publiées, on s'en souvient, en 1892, M. Varnier se trouvait tout préparé par ses recherches antérieures, son expérience et par son enseignement à la Faculté, pour mener à bonne fin une pareille entreprise. Il a réuni dans son livre ce que la clinique montre chaque jour, et dit ce que le maître enseigne.

L'*Obstétrique journalière* est divisée en quatre importants chapitres qui sont eux-mêmes subdivisés en de nombreux paragraphes.

Le *premier de ces chapitres* est consacré au *diagnostic* et à *l'hygiène de la grossesse utérine et normale*.

Après avoir reproduit et étudié les figures d'après nature de Kollmann, de Braune, de Waldeyer, etc., qui représentent l'utérus dans la première moitié de la grossesse, l'auteur montre qu'il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic de grossesse probable avant quatre mois et demi environ : c'est de reconnaître la tumeur que forme l'utérus gravide en voie de développement et il rappelle le précepte si vrai et si clinique de Mauriceau : « Quand il y a quelque doute, il vaut mieux patienter un peu que de précipiter son pronostic à la volée. »

Sage conseil, qu'un demi-siècle après van Swieten, le médecin de Marie-Thérèse, formulait en ces termes : « *Numquam*

forte magis periclitatur fama medici, quam ubi agitur de graviditate determinanda. »

Le diagnostic de la grossesse pendant sa seconde moitié, et surtout l'exploration obstétricale, sont étudiés avec un soin tout particulier.

M. Varnier nous dit bien, dans sa préface, que son livre est la *mise au point* d'une partie des leçons qu'il a faites à la Faculté depuis 1892, mais ce n'était pas tout de posséder de nombreux matériaux, il fallait les mettre en ordre, les classer, pour pouvoir les utiliser, sous peine de voir leur abondance même devenir une cause d'obscurité.

Cet écueil a été évité.

Une série de figures photographiées d'après nature et choisies entre beaucoup font voir le développement progressif de la matrice et la manière suivant laquelle il doit être constaté. Elles montrent, avec une grande netteté, les difficultés de l'exploration et les précautions à prendre pour les éviter. Pour bien se faire comprendre, M. Varnier ne craint pas d'entrer parfois dans les plus petits détails dont l'importance pratique n'échappera à personne.

C'est avec raison que le père de la médecine a dit : « Μεγα μερος δης τεχνης εστι το δυνασται σκοπειν. » *Savoir explorer est une grande partie de l'art.*

Laënnec avait placé ce précepte en tête de ses œuvres et M. Varnier n'a garde de l'oublier.

Parmi les méthodes d'exploration qui permettent de reconnaître la situation dans laquelle se trouve le fœtus à la fin de la gestation, le palper occupe, on le sait, une place prépondérante.

Il appartenait à l'élève du professeur Pinard, qui a si magistralement exposé ce mode d'exploration externe, de l'étudier avec le plus grand soin. Sans doute, on savait depuis longtemps que la forme de la matrice, que l'on délimitait par le palper, pouvait donner à l'accoucheur de précieux renseignements sur la manière dont le fœtus se présentait ; l'étude de ces variétés de formes utérines a même fait l'objet de ma thèse inaugurale,

soutenue en 1839; mais il faut reconnaître que le palper a surtout été bien connu depuis que M. Pinard en a, par son traité, paru en 1878, vulgarisé l'emploi.

M. Varnier nous fait passer sous les yeux un grand nombre de photographies parfaitement prises de femmes enceintes, qui montrent bien jusqu'à quelle hauteur s'élève le fond de l'utérus, qui permettent de différencier les parties résistantes d'avec celles qui sont dépressibles, et, quand il existe une présentation irrégulière, l'auteur, après l'avoir étudiée, nous indique comment on peut la corriger et comment on peut en empêcher la reproduction. Grâce à cette iconographie obstétricale *vécue*, grâce aussi aux explications données par le texte qu'il ne faut pas oublier, le lecteur assiste, en véritable spectateur, à une version par manœuvres externes. Il voit exécuter sous ses yeux cette opération que Wigand avait décrite en 1812 dans un mémoire qu'il avait adressé à la Faculté de Berlin et à celle de Paris, mémoire qui semblait oublié et que j'ai eu la satisfaction de rappeler à l'attention du public médical français par la traduction que j'en ai faite en 1857. M. le professeur Stoltz, qui avait bien voulu en écrire la préface, disait que ce mémoire de l'accoucheur de Hambourg « renfermait plus de vérités et de préceptes utiles et pratiques que maint livre qui contiendrait dix fois plus de pages ».

Quant à la détermination de la durée de la grossesse et par conséquent de la date probable de l'accouchement, M. Varnier pense qu'elle peut être fixée, en moyenne, au 271e jour après le coït fécondant. Pour établir ce chiffre qui, ainsi que l'auteur le fait remarquer, est le même que celui qui est donné par le Talmud, il a réuni 900 cas, publiés par divers accoucheurs, dans lesquels la date du coït fécondant et celle de l'accouchement étaient exactement connues.

Écarter tout ce qui pourrait entraîner l'expulsion prématurée de l'œuf; surveiller tout particulièrement les appareils et les fonctions d'assimilation et de désassimilation; préparer à l'enfant une sortie facile et sans danger, à la mère un accouchement et des suites de couches physiologiques : tel est le but de

l'hygiène de la grossesse que M. Varnier étudie en quelques pages succinctes, mais très riches en conseils pratiques.

Le *deuxième chapitre* traite du travail de l'accouchement normal. C'est le chapitre capital de l'œuvre ; il ne compte pas moins de 130 pages et 154 figures.

L'auteur commence par une étude anatomique du col de l'utérus à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement. Il insiste sur la physionomie différente qui existe entre le col de la grossesse et celui du travail. Il montre que ce col, dont les fonctions pendant la gestation sont, ainsi que je le disais dans mes cours, celles d'un *organe de clôture*, conserve toute sa longueur jusqu'au moment où le travail se déclare ; la première manifestation de la parturition étant, dans l'immense majorité des cas, l'effacement de ce col dont le rôle de contention est désormais terminé.

Pour bien convaincre le lecteur de la réalité de ces faits, M. Varnier reproduit plusieurs planches très significatives, empruntées soit à Waldeyer, soit à Kollmann, à Bayer, à Braune et Zweifel, soit à l'atlas qu'il a lui-même publié avec M. Pinard. Je me demande cependant s'il était indiqué de nous donner l'historique des interprétations des sensations fournies par le toucher ? Je n'en saisis pas tout à fait l'utilité dans un livre aussi pratique qu'est l'*Obstétrique journalière*, et, l'avouerai-je, cela m'aurait aussi évité de voir celui dont j'étais l'interne en 1838, M. Stoltz, accusé de « cacophonie » ainsi que Mauriceau et Braune. Il est vrai que mon ancien maître ne se trouve pas en trop mauvaise compagnie !

Après quelques conseils donnés au débutant sur la manière dont il doit pratiquer le toucher pour reconnaître, aux modifications imprimées sur le col, si la femme est réellement en travail, M. Varnier, afin de permettre au praticien de se rendre compte *de visu* de ce qu'il doit sentir pendant la période d'effacement, fait passer sous ses yeux une série de coupes, de grandeur naturelle, qui lui permettent de suivre ce travail d'effacement depuis le commencement jusqu'à la fin.

Il décrit ensuite la période de dilatation et représente, par des figures saisissantes, le rôle que remplit la poche des eaux qui, comme un coin, s'enfonce progressivement dans l'orifice utérin.

La dilatation est complète, les membranes sont rompues, la troisième période, qui se termine par l'expulsion, commence; l'auteur nous en montre les diverses phases, ainsi que les modifications que l'extrémité céphalique, sous l'influence de la contraction utérine et de l'effort, imprime aux parties génitales externes, et cela, au moyen de photographies prises directement pendant cette phase de l'accouchement. On voit le périnée bomber, la vulve s'entr'ouvrir, la nuque s'engager au-dessous de l'arcade pubienne, le front se dégager sur le périnée allongé et distendu, puis, celui-ci se retirer brusquement en découvrant la face, comme le ferait un store qui, au moyen d'un ressort, reviendrait rapidement sur lui-même.

Aussi, pour éviter la déchirure du périnée, ne faut-il pas le soutenir en le comprimant contre la tête. Cette manière de faire est nuisible, elle empêche ce retrait périnéal qui dégage la face; « ce qu'il faut, dit M. Varnier, c'est empêcher le front de sortir avant que le passage des bosses pariétales et le dégagement de la nuque aient diminué la tension postérieure de l'orifice vulvaire », et pour bien faire comprendre comment il faut faire, l'auteur l'enseigne photographiquement.

La tête dégagée, la rotation externe s'effectue, les épaules s'orientent pour pouvoir se dégager successivement. La reproduction d'un moulage de Zweifel met bien en évidence cette accommodation fœtale au niveau de l'orifice vulvaire. Puis l'accouchement se termine.

De nouvelles photographies permettent de bien saisir le relief que forme l'utérus rétracté soulevant la paroi abdominale relâchée.

L'étude des phénomènes cliniques faite, M. Varnier procède à l'*examen analytique du travail*. Il s'occupe d'abord des phénomènes dynamiques appelés par lui phénomènes *actifs*, puis il s'étend longuement sur les phénomènes *passifs* de l'accouchement.

Revenant à l'effacement et à la dilatation du col, il étudie, en détail, avec de nombreuses pièces à l'appui, le rôle de ce coin physiologique qu'est la poche des eaux, et écrit, à propos de la rupture des membranes et de l'examen du liquide amniotique, quelques pages d'une grande utilité clinique. Puis, s'occupant de l'accommodation de la tête au bassin maternel, M. Varnier nous fait assister à un véritable accouchement dont il explique les phases, discute le mécanisme, toujours en montrant les preuves sur lesquelles il base sa description, preuves qui sont le plus souvent des photographies « recueillies directement sans intermédiaire profane corrigeant la nature ». En un mot, ainsi que l'a si justement dit M. Pinard en présentant à l'Académie le livre de M. Varnier, nous assistons à une véritable « *cinématographie obstétricale* », mais cinématographie raisonnée, basée tout à la fois sur des recherches historiques, cliniques, anatomiques, expérimentales, que l'auteur expose avec clarté et méthode, en ayant soin de souligner en caractères gras, ce qui, surtout, ne doit pas être oublié.

Nous voyons successivement s'effectuer l'engagement, la rotation de descente et la rotation finale ou de dégagement.

L'auteur montre ensuite les modifications subies par la tête fœtale, surtout quand elles sont exagérées par une dystocie vulvaire, alors qu'un véritable modelage de la tête est nécessaire pour en permettre le dégagement. Ces modifications plastiques, que M. Budin avait déjà bien étudiées dans sa thèse en 1876, M. Varnier en reproduit les différents aspects, la plupart d'après des pièces recueillies par lui et conservées au musée de la Clinique Baudelocque.

L'expulsion du fœtus terminée, M. Varnier recherche quelle est la durée du travail.

Se basant sur des moyennes obtenues en calculant sur deux mille accouchements, mille primipares et mille multipares, il est amené à établir que la durée totale de la parturition, de la première douleur à l'expulsion du fœtus, est en moyenne de treize heures et demie pour les primipares, de sept heures et demie pour les multipares. Mais, si le travail se prolonge, ce

qui arrive très souvent, cette durée intempestive peut présenter des inconvénients pour la mère et pour l'enfant, inconvénients qu'il examine et discute.

A ce propos même, l'auteur étudie l'accouchement chez les primipares âgées ; il rappelle les opinions des nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question, opinions en général trop assombries, ainsi que le prouvent les recherches qu'il a entreprises et qui confirment pleinement ce que disait Mme La Chapelle, c'est-à-dire, qu'à ne considérer que les moyennes de la durée totale du travail, chez les primipares jeunes, chez les primipares d'âge moyen, chez les primipares âgées, toutes les primipares se valent, la durée totale de l'accouchement, étant de treize heures et demie environ et la durée de la période d'expulsion de une heure ; mais, ajoute M. Varnier, « s'il y a des traînardes à tous les âges, il y en a environ 10 p. 100 de plus chez les primipares âgées ». Cette lenteur, qui semble avoir pour cause cette « *coriacité* » plus grande des tissus qu'invoquait Pajot, ainsi que la fréquence de la dégénérescence myomateuse du muscle utérin sur laquelle insiste M. Pinard, a pour conséquence une surélévation de la mortalité fœtale qui, dans la statistique de M. Varnier, est de 5. p. 100 au lieu de 1,32 p. 100 chez les primipares jeunes et de 1,38 p. 100 chez les primipares de 20 à 30 ans.

L'accouchement dans les occipito-postérieures est, avec raison, moins favorablement accueilli que lorsque l'occiput est en avant ; mais, ce pessimisme, qui est entretenu surtout par la crainte de voir le dégagement s'effectuer en occipito-sacrée, serait exagéré. Les recherches cliniques de l'auteur lui permettent d'établir, qu'au point de vue de la survie et de la santé de la mère et de l'enfant, le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures, n'est guère moins favorable que dans les antérieures, à condition toutefois, a-t-il soin d'ajouter, « que le travail ne soit pas contrarié dans sa marche par des interventions intempestives et soit éventuellement terminé, en temps opportun, par une application de forceps, suivant des règles qu'il rappelle ».

Le poids de l'enfant, quand il est exagéré, est capable de modifier la marche de l'accouchement, surtout à cause de l'ossification du crâne qui entrave la réductibilité nécessaire de la tête. Les « gros œufs » ainsi que, suivant l'habitude de la Clinique Baudelocque, M. Varnier les appelle, peuvent donc influencer assez sérieusement la durée du travail, sa terminaison et son pronostic. Quand le fœtus pèse plus de 4,500 grammes, l'écart proportionnel entre les diamètres et les circonférences S. O. B. et S. O. F. est plus prononcé que chez les fœtus de poids moyens ; l'auteur le démontre par de nombreuses mensurations.

Il conseille aussi de faire des réserves sur le pronostic de l'accouchement quand, la tête étant fixée à l'entrée du bassin, la mensuration de la hauteur du fond de l'utérus au-dessus du pubis est supérieure à 38 centimètres. Dans ces cas, s'il n'y pas de grossesse gémellaire, l'œuf est très gros et des délabrements périnéaux considérables peuvent être à craindre, en dépit des plus grandes précautions.

Reste une dernière question :

L'accouchement sera-t-il spontané, devra-t-il être artificiel?

M. Varnier donne au lecteur d'excellents préceptes puisés dans la vraie clinique. Il lui conseille de préparer, de stériliser son forceps « de façon à l'avoir prêt à servir sans danger », mais il lui rappelle, en même temps, les paroles si sages de Mme La Chapelle, que « ce n'est pas une chose indifférente qu'une application de forceps; l'on ne doit pas se décider à la légère et pour des craintes vagues et fondées sur des probabilités très douteuses ».

Or, le plus souvent, dans les présentations du sommet, alors que le bassin est normal, l'intervention active de l'accoucheur est exceptionnellement nécessaire.

Sur 6,258 accouchements par le sommet, le pelvis n'étant pas vicié, il n'a été fait à la Clinique de Baudelocque que 144 applications de forceps, soit 2,3 p. 100, qui se répartissent de la façon suivante : 125 sur 2,961 primipares, soit 4,2 p. 100, et 19 sur 3,297 multipares, soit seulement 0,5 p. 100.

M. Varnier examine les divers motifs qui ont nécessité l'emploi du forceps dans ces différents cas, et, après avoir établi, après discussion, le pronostic de ces interventions sur le fœtus, il termine très heureusement ce chapitre consacré au *travail physiologique*, en engageant « celui qui veut réussir dans la pratique » à méditer les conseils donnés par Dionis quand ce vieux maître décrit ce que devrait être l'accoucheur : « un parfait honnête homme, vertueux, doux, affable et compatissant aux douleurs que ces femmes souffrent en accouchant ».

En relisant ces lignes, si simples et si fines, écrites par le médecin de la reine Marie-Thérèse, femme de Louis XIV en un français si harmonieux quoiqu'un peu vieilli, il me semblait que j'entendais entre le premier et le deuxième acte de la parturition, entre l'accouchement et la délivrance, une sorte d'intermède gracieux et suranné que n'aurait pas désavoué Lulli !

Le *troisième chapitre* traite de la *délivrance*.

Il est divisé en deux parties : la première en est l'étude analytique, la seconde, l'étude clinique avec ses conséquences pratiques.

Estimant que pour bien faire saisir ce qu'on veut décrire, il faut pouvoir se baser sur des données anatomiques indiscutables et bien comprises, l'auteur pense qu'il est indispensable de revenir en arrière.

Avant d'étudier : 1° le placenta et les membranes dans l'utérus gravide à terme et 2° le placenta et les membranes dans l'utérus parturient, M. Varnier commence par une revue rapide des premières phases du développement de l'œuf, revue très illustrée, intéressante et très complète, non sans doute pour un embryologiste, mais pour le praticien qui voit passer, sous ses yeux, une série de planches bien choisies et très démonstratives.

Je voudrais pouvoir suivre M. Varnier dans cette étude de la délivrance, comme j'ai essayé de le faire pour le travail de l'accouchement, mais, outre que des notions anatomiques se résument difficilement, je suis vraiment obligé de me restreindre.

Horace a raison quand il dit dans son épître *Ad Pisones*, V. 335 :

Quidquid præcipies, esto brevis, ut citò dicta
Percipiant animi dociles teneantque fideles ;
Omne supervacuum pleno de pectore manat.

Ce que Kayser a traduit en ces termes : « Quelque précepte que tu donnes, sois bref, afin que l'esprit docile saisisse vite tes paroles et les retienne fidèlement ; tout ce qui est de trop s'échappe de l'âme pleine. »

Cependant, quelque bref que je désire être, je ne puis passer sous silence la manière dont M. Varnier, dans les pages qu'il consacre à l'anatomie et à la physiologie de la délivrance, discute le mécanisme du décollement du placenta.

Ses remarquables recherches anatomiques faites avec M. Pinard sur la délivrance, recherches qui devaient si profondément modifier les idées généralement admises par tous, le préparaient ainsi d'une manière toute spéciale à cette étude.

Pendant bien longtemps la théorie émise par Baudelocque était celle qui était communément acceptée : « Les efforts répétés que fait la matrice pour se délivrer de l'enfant sont ordinairement ceux qui détruisent les adhérences du placenta et les membranes de l'œuf. »

Or, un fait d'une importance capitale, mis hors de doute par les planches de Schrœder, de Barbour et surtout par celles de MM. Pinard et Varnier, est venu démontrer que, contrairement à ce que l'on croyait, la paroi utérine, après l'expulsion du fœtus et avant la délivrance, ne revenait pas *également* sur elle-même, mais que son épaisseur était variable, qu'elle était diminuée au niveau de l'insertion du placenta. Le résultat de cette découverte anatomique est la mise en évidence « que le placenta est susceptible de s'accommoder, sans se décoller au cours du travail, au va et vient de sa zone d'insertion et à la rétraction de celle-ci, qui suit l'évacuation des eaux. »

La rétraction utérine qui suit l'expulsion du fœtus prépare le décollement, mais ne suffit pas, elle est trop imparfaite. Ce décollement ne se fait qu'un certain temps après, « il est pro-

duit par la contraction de l'utérus rétracté par les arrière-douleurs ».

A ce moment, la main, placée sur la paroi abdominale qui recouvre l'utérus, perçoit une augmentation de volume, une *élévation* du fond de cet organe. Ce mouvement ascensionnel, constaté pour la première fois par Schrœder, par Pinard et Varnier, se produit pendant que le placenta décollé *descend* sur l'orifice cervical. L'auteur fait bien saisir, par la reproduction de plusieurs figures, la manière dont cette ascension paradoxale s'effectue.

Le placenta, ainsi décollé, peut se présenter au niveau de l'orifice utérin soit par sa face fœtale, 750 fois sur 1000 ; soit par son bord, 150 fois sur 1000 ; soit enfin par sa face utérine, 91 fois sur 1000.

Puis, franchissant le col, il passe, en grande partie, du segment inférieur dans le vagin.

La conduite que doit tenir l'accoucheur pendant la délivrance est étudiée par M. Varnier avec un soin tout particulier ; il ne craint pas de consacrer une vingtaine de pages à l'examen des divers procédés que l'on peut employer, que ce soit la délivrance par tractions ou bien la délivrance par expression décrite par Credé, ou enfin la délivrance par traction et expression recommandée par M. Pinard. Ici encore, des photographies cliniques successives permettent au lecteur d'assister à une délivrance physiologique, et surtout, de voir comment il est indiqué de la faire pour qu'elle ne devienne pas pathologique.

La délivrance terminée, les suites de couches commencent. C'est ce qui se passe pendant cette période, qui va de la délivrance à la réapparition de la menstruation, périodes de cinq à six semaines chez la femme qui n'allaite pas, que M. Varnier étudie dans le *chapitre* IV qu'il intitule « *Les suites de couches aseptiques* ».

Naturellement, M. Varnier commence par l'étude anatomique de l'involution utérine.

Il examine l'utérus immédiatement après la délivrance, le suit

dans son involution macroscopique et dans son involution clinique ; puis, dissociant les éléments histologiques constitutifs de l'organe de la gestation, il étudie successivement la régression du muscle utérin, celle du tissu conjonctif intermusculaire et celle des vaisseaux « pariétaux » et, montre enfin comment s'effectuent la réfection de la muqueuse du corps ainsi que celle du col.

Je ne connais aucun traité où cette étude anatomique de l'involution utérine soit faite plus complètement et avec un pareil luxe de planches et de représentations de photographies histologiques agrandies. Il est impossible d'être tout à la fois plus clair et plus pratique. Cette partie de l'œuvre de M. Varnier est tout à fait remarquable.

Ces données anatomiques bien établies, M. Varnier fait l'étude clinique des suites de couches aseptiques. Il montre, ce qui du reste est, je crois, actuellement admis par tous les accoucheurs, que ce que l'on considérait jadis comme étant la fièvre de lait n'est en réalité qu'une forme atténuée de l'infection puerpérale ; « les suites de couches aseptiques étant essentiellement caractérisées par ce fait que le travail d'involution s'y accomplit sans réaction locale ou générale ».

Après s'être occupé des lochies, de leur valeur clinique, et s'être étendu assez longuement sur le ralentissement du pouls pendant la puerpéralité, M. Varnier recherche quels sont les *moyens propres à assurer et à maintenir l'asepsie des suites de couches* pour qu'elles restent physiologiques.

Il montre que l'accouchée peut être considérée comme une blessée, et, comme toute personne blessée, elle peut être infectée, que cette infection, ainsi que cela s'observe le plus souvent, soit apportée du dehors, ce qui constitue *l'hétéro-infection*, ou qu'elle soit la conséquence du développement et de la virulence d'éléments microbiens préexistants dans l'organisme, ce qui a été appelé *auto-infection*.

Le médecin doit donc faire tous ses efforts pour que l'accouchée ne devienne pas la victime de ces éléments infectieux auxquels mon éminent collègue Sédillot a donné, en 1878, le nom de *microbes*.

Ces microbes, M. Varnier les étudie dans les plus grands détails ; il a écrit un véritable traité de bactériologie obstétricale qui m'a paru très complet, surtout pour les travaux parus à l'étranger.

Mais, mes connaissances techniques en bactériologie sont très limitées et je décline toute compétence pour cette science, à la naissance et aux premiers développements de laquelle j'ai assisté, à la fin de ma carrière universitaire. Cependant il m'a semblé que, si le plus habituellement le streptocoque et le staphylocoque sont les agents de l'infection puerpérale, les autres microbes pathogènes susceptibles de produire des infections pendant les suites de couches étaient assez nombreux.

Outre la colibacillose et la gonococcie puerpérales étudiées par l'auteur, je me souviens d'avoir entendu, en 1897, à la Société de médecine de Nancy, la relation de plusieurs cas d'infections d'origine pneumococcique observées pendant la puerpéralité.

Je n'insisterai pas davantage sur cette partie de l'*Obstétrique journalière*, je craindrais de commettre des inexactitudes ; je tiens surtout à dire combien j'ai été heureux de voir M. Varnier rendre à Semmelweis la place qui lui est due, alors qu'il était demeuré méconnu pendant de si longues années. Son nom, ainsi que je l'écrivais en 1892, mérite d'être honoré à jamais, et, comme Schrœder avait raison de dire « partout où il est question de bienfaiteurs de l'humanité, Ignace-Philippe Semmelweis mérite d'être nommé en première ligne ».

M. Varnier raconte la vie de cet incompris, il en étudie la doctrine que les géniales découvertes de Pasteur devaient éclairer et interpréter. Puis, faisant l'histoire de la découverte des causes de l'infection puerpérale, il reproduit la remarquable communication sur la contagion et la propagation de la fièvre puerpérale que Simpson faisait, le 16 avril 1851, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.

Il parle de la discussion si « confuse » sur la fièvre puerpérale, qui en 1858, occupa l'Académie de médecine de Paris pendant 18 séances. Il rappelle ce que disaient Danyau et Trous-

seau. Enfin, arrivant à Pasteur, il expose, à grandes lignes, la question des fermentations, il en montre les conséquences dont Lister devait faire une si bienfaisante application.

M. Varnier donne les portraits de ces illustres de la science. Le lecteur trouvera dans son livre les images de Semmelweis, de Simpson, de Lister, de Pasteur, mais il ne trouvera pas celle de Tarnier, de celui qui, *en 1857*, écrivait : « *La fièvre puerpérale est contagieuse. La fièvre puerpérale est due à un empoisonnement du sang.* »

Je regrette que, dans ce remarquable historique, M. Varnier n'ait pas donné à mon cher et regretté collègue la place qui me paraît devoir lui appartenir. Je ne doute pas que, dans une nouvelle édition, qui ne saurait se faire attendre, l'auteur ne rectifie cette erreur « topographique ». Un des inconvénients de la photographie est que les premiers plans sont parfois laissés dans l'ombre ; la lacune que je signale m'y fait penser.

Comme corollaire des longues et minutieuses études bactériologiques qu'il vient de faire, M. Varnier termine son livre par l'exposé de la pratique antiseptique.

Il indique ce qui doit être fait, les précautions à prendre, les exagérations qu'il faut éviter, la manière de se laver les mains pour les rendre aseptiques, et, à ce propos, il est amené à examiner la valeur de l'usage des gants en obstétrique, qu'il est loin de rejeter.

Il montre comment on peut obtenir l'antisepsie de la vulve, du périnée, du vagin ; comment, cette asepsie obtenue, on peut la maintenir pendant les suites de couches.

On le voit, fidèle au programme qu'il s'est imposé, M. Varnier s'efforce jusqu'au bout d'être, avec sa clarté habituelle, scientifiquement pratique.

M. le professeur Pinard, à qui ce livre est dédié « en témoignage d'affectueuse reconnaissance », doit éprouver une légitime fierté en voyant l'œuvre de son élève. L'*Obstétrique journalière* fait le plus grand honneur à celui qui a su l'inspirer et à celui qui l'a écrite.

Nous adressons nos très sincères félicitations à M. Varnier qui,

délaissant les sentiers battus, vient d'écrire un ouvrage essentiellement personnel qui fera époque dans les annales de l'obstétrique française et qui est appelé à rendre les plus grands services à tous ceux qui s'occupent de la *pratique des accouchements*.

Nous adressons aussi nos félicitations à M. G. Steinheil, l'éditeur de ce beau livre. Les difficultés typographiques étaient ici particulièrement nombreuses; elles ont été surmontées avec honneur. L'impression est superbe, tout à fait remarquable. La reliure est élégante et très artistique; aussi le livre de M. Varnier, édité par M. G. Steinheil, est-il de ceux dont on peut dire, après l'examen consciencieux auquel nous venons de nous livrer, que le « contenant » est en rapport avec le « contenu ». *L'accommodation* est vraiment parfaite.

DE LA VALEUR DE L'EAU OXYGÉNÉE
DANS LES HÉMORRHAGIES UTÉRIN

Par le Dr **Platon**,
Ancien interne des hôpitaux,
Lauréat de l'École de médecine de Marseille.

L'eau oxygénée, découverte par Thénard en 1818, et e: ployée pour la première fois d'une façon systématique pour pansement des plaies, par Baldy en 1879, dans le service Péan, est un médicament puissant et énergique dont le p voir antiseptique et hémostatique est considérable.

Cette combinaison chimique bien définie, appelée enc bioxyde ou peroxyde d'hydrogène, et dont la formule H^2O^2, ne doit pas être confondue avec l'eau oxygénée du co: merce, qui est de l'eau oxygénatée, c'est-à-dire une dissoluti dans l'eau de gaz oxygène sous pression, et qui sert coura ment aux coquettes pour faire varier du noir au blond ard la coloration de leur chevelure.

L'eau oxygénée s'emploie en thérapeutique à 10 ou 12 vo mes au maximum (au delà elle devient instable) et, dans généralité des cas, à 2 ou 6 volumes.

Son pouvoir antiseptique a été démontré par les trava de Nocard, d'Arloing, d'Altenhofer (1860), de Chamberland ((1893) et de Touchard (2).

Sa toxicité est indéterminée. Regnard (3), et Laborde (ont fait l'un et l'autre des expériences démontrant pour l'un

---

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893.
(2) *Communication à l'Académie de médecine*, 1893.
(3) *Communication* à l'*Académie des sciences*, 1882.
(4) *Société de Biologie*, 25 juillet, 1885.

danger, pour l'autre l'innocuité de son introduction dans la circulation. Quoi qu'il en soit de son action dans l'organisme, il semble prouvé actuellement que l'eau oxygénée bien préparée peut être employée sans dangers, tout au moins dans la thérapeutique chirurgicale ou, pour mieux dire, dans le pansement des plaies et le nettoyage des cavités septiques.

Ce sont les propriétés antiseptiques du bioxyde d'hydrogène avec leur heureuse influence sur les plaies atones qui, tout d'abord, attirèrent l'attention des chirurgiens. Dès 1862, Laugier, Jules Guérin, Demarquay, signalèrent son action excitante. En 1869, Schmitt insista sur ses propriétés antiputrides; mais il faut arriver aux expériences et aux applications de Baldy (1) pour voir entrer l'eau oxygénée dans la thérapeutique chirurgicale courante. A cette époque plusieurs thèses intéressantes parurent sur la question, notamment celles de Larrivé (2) et de Barbolain (3).

Ce nouvel agent, après quelques années de vogue, fut bientôt délaissé, et passa dans la thérapeutique étrangère où il donna des succès surprenants, surtout en oto-rhinologie. Lermoyez le rapporta de Vienne, et sous son inspiration, Gellé (4) fit paraître une revue intéressante, sur la valeur de ce médicament qui était loin d'être nouveau en France. Les rhinologistes n'ont eu qu'à se louer de son emploi : Buys (5) et Vacher (6) l'on fait entrer depuis plusieurs années dans leur pratique courante, et le considèrent comme ayant un pouvoir modificateur considérable dans les cas de suppuration de l'oreille.

Lucas-Championnière (7) a fait, l'an dernier, une importante communication à l'Académie de médecine sur la valeur du bioxyde d'hydrogène et sur son emploi en chirurgie. Cette com-

(1) Thèse de Paris, 1883.
(2) Thèse de Paris, 1883.
(3) Thèse de Paris, 1883.
(4) *Archives internationales de laryngologie*, 1896.
(5) Communication à la *Société belge d'otologie*, 1897.
(6) *Congrès d'ophtalmologie et de rhinologie*, 1897.
(7) *Académie de médecine*, séance du 6 décembre 1898.

munication est venue confirmer les premiers essais de Bald tentés en 1879.

En gynécologie, Lucas-Championnière s'en sert pour lavage et la désinfection pré-opératoire des cavités avant l'hy térectomie vaginale. Il lui reconnaît, comme avantage pri cipal, de pénétrer et d'imprégner totalement les tissus, contra rement au sublimé qui est annihilé au contact des masses alb mineuses. Charpentier (1) en a obtenu d'excellents résulta comme topique dans les ulcérations utérines et s'en trouve fo bien pour les lavages vaginaux. De Sinéty en a fait un usa fréquent dans les vaginites et les métrites.

L'eau oxygénée a été essayée en outre pour un nombre tr divers d'affections. Dans les maladies de la bouche et d dents, son emploi est fréquent ; Ferrand (2) a eu des guérisor dans des stomatites graves et dans des gangrènes symétriqu des extrémités ; Manassaïn s'en est bien trouvé dans le tra tement de certaines affections syphiliques et vénérienn externes ; Damaschino et Baldy l'ont employée contre le mugue Williams, Stuver, Bâldy ont cru voir, dans le bioxyde d'h drogène un spécifique de la diphtérie ; grâce à des injectio sous-cutanées et à des applications superficielles, Lutton a e des guérisons de psoriasis ; Spica et Ménégazzi citent d succès dans deux cas d'intoxication par l'oxyde de carbon enfin, plusieurs auteurs prétendent avoir eu des résultats he reux par son emploi contre l'ophtalmie purulente et la blenno rhagie, tandis que d'autres l'ont essayé contre la chlorose, diabète, la tuberculose et la pneumonie. Ces diverses obse vations sont trop éparses pour être concluantes ; et d'ailleu la discussion de la valeur du bioxyde d'hydrogène dans c affections, sortirait du cadre de cette modeste étude.

Si la valeur de l'H^2O^2 est certaine comme antiseptique, s pouvoir hémostatique est non moins considérable ; et, dans ce tains cas, peut rendre au praticien de signalés services.

---

(1) Séance de l'*Académie de médecine*, 6 décembre 1898.

(2) *Idem*.

Tissot (1), dans ses nombreuses interventions sur le nez, le pharynx ou l'oreille, a obtenu, grâce au bioxyde d'hydrogène, une rapide hémostase, notamment dans l'extraction des polypes naso-pharyngiens. Disons en passant que ce même auteur ne s'est pas contenté d'employer l'eau oxygénée en oto-rhinologie ; en chirurgie générale, il a obtenu des résultats qui corroborent ceux de Lucas-Championnière. Du reste, voici les conclusions de sa pratique de quelques années :

1° Ni irritation locale, ni érythème, ni phénomènes toxiques ;

2° Application presque indolore ;

3° Action rapide sur les phénomènes de respiration ;

4° Antiseptique. *Hémostatique* puissant. Désodorisant.

Cette action hémostatique a été mise en pratique pour la première fois, croyons-nous, contre les *métrorrhagies*, par P. Petit en 1895. Dans ces cas, l'eau oxygénée, portée au contact de la muqueuse utérine à l'aide d'un tampon de ouate, arrêtait les hémorrhagies utérines en excitant la fibre lisse, et, par coagulation du sang, en activant la précipitation de la fibrine, sans altérer les éléments figurés : « Il constata, dit Oon (2), que si l'on fait agir l'eau oxygénée sur le sang au sortir de la veine, il y a formation de deux couches ; une supérieure, formée d'une mousse épaisse, emprisonnant des caillots denses ; une inférieure, composée de sérum, teintée en noir par l'hémoglobine oxygénée. »

Il est facile de comprendre combien cette action de l'eau oxygénée sur le sang au sortir des vaisseaux, assure une rapide hémostase. Nous n'avons pas fait, pour notre part, les mêmes constatations que Petit, mais nous avons employé l'H^2O^2 dans deux cas d'hémorrhagie utérine, et nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi.

Dans les deux cas, nous ne nous sommes pas servi de tampons imprégnés d'eau oxygénée ; nous nous sommes contenté

---

(1) *Archives de Médecine navale*, 1899, n° 7. — *Gazette des hôpitaux*, 1899, n° 101.

(2) *Presse médicale*, 1er février 1899.

de lavages au moyen d'une seringue de Braun et nous avons eu deux succès. Voici du reste les observations de nos malades :

Obs. I. — *Métrite hémorrhagique. Utérus infantile en antéversion. Cellulite et œdème paramétritique. Guérison.* — Mme Marie V..., âgée de 24 ans, nous fait appeler au commencement de 1899. Elle souffre du ventre depuis quelques jours, et son état général n'est pas brillant. Le tympanisme, les douleurs très vives, les nausées et les vomissements, la température à 39°,2, imposent le diagnostic de poussée aiguë de pelvi-péritonite. Les pertes émises sont hémorrhagiques et parfois mélangées d'un liquide jaunâtre peu abondant.

L'examen local est douloureux ainsi que l'exploration digitale ; cependant, il est possible de constater une antéversion marquée de l'utérus avec œdème péri-utérin et empâtement des culs-de-sac.

C'est la deuxième poussée aiguë qui force cette jeune femme à s'aliter : deux mois auparavant, étant dans ses propriétés du Var, elle avait eu une crise analogue avec hémorrhagies abondantes, hémorrhagies qui, après une durée d'un mois, se sont prolongées par reprises plus ou moins éloignées jusqu'à ce jour.

Par l'interrogatoire, il est facile de dépister une infection génitale, remontant à quatre années auparavant, à quelques semaines après son mariage.

Durant cette longue période, elle n'a ressenti que quelques douleurs abdominales suivies de quelques pertes blanches avec irrégularités menstruelles.

La première indication, en l'occurrence, était de calmer cet état aigu et d'amener une sédation rapide des phénomènes inflammatoires. Comme toujours, l'eau chaude (1) fit merveille et après huit jours de cette pratique préconisée par Reclus, nous pouvions nous employer à modifier l'état de cet utérus en antéversion, atteint de métrite hémorrhagique avec cellulite péri-utérine. L'utérus antéversé avait conservé des dimensions d'utérus de jeune fille, et, en dehors de l'infection première, l'antéversion et l'infantilisme utérin étaient les principales causes de ces hémorrhagies tenaces et persistantes.

Selon notre pratique habituelle, le 24 janvier nous commençâmes

(1) Reclus. *Cliniques de la Pitié.* — Platon. De l'eau chaude en gynécologie. Communication au *Congrès d'obstétrique et de gynécologie*, session de Marseille, oct., 1898. — Platon. L'eau chaude en gynécologie. *Marseille médical*, avril 1899.

des séances de massage gynécologique avec redressement de l'utérus, suivies de manœuvres de gymnastique décongestionnante.

De toutes les déviations utérines, l'antéversion avec infantilisme est celle qui est la plus rebelle au traitement et la plus lente à se corriger. Toutefois, assez rapidement, grâce à la méthode de Thure Brandt, méthode que le Dr Stapfer a su faire sienne, l'œdème péri-utérin disparut, laissant un utérus très mobile, très accessible au palper bimanuel, des annexes très limitables, ne donnant plus de douleur sous la pression du doigt.

Les pertes rouges diminuaient lentement, et l'utérus avait une très faible tendance à prendre et surtout à conserver une direction normale, conforme à sa bonne nutrition et à son heureux fonctionnement.

N'oublions pas de dire que cette malade se refusait énergiquement à toute intervention chirurgicale, et qu'un curettage, proposé dès le premier jour, et qui, dans le cas actuel, eût amené la guérison, était considéré avec effroi, malgré nos affirmations, aussi persuasives que possible, d'innocuité.

Après un mois de traitement, l'état général, précaire au début, était considérablement amélioré ; le ventre était indolore, notre malade pouvait sortir sans que la marche amenât de poussée douloureuse.

Cependant l'écoulement utérin persistait, suintement pour mieux dire, dont la résultante était, après vingt-quatre heures, quelques taches rouges sur un linge blanc. Cette constatation, chaque matin, mettait notre malade au désespoir. Notre confiance dans les résultats heureux obtenus par le massage gynécologique, était considérée avec scepticisme par cette dame, fort désireuse d'une guérison rapide.

Les bons effets déjà obtenus par notre pratique : disparition des douleurs, évacuation des œdèmes péri-utérins, diminution de l'écoulement sanguin, s'effaçaient devant la persistance de ce dernier symptôme. C'est alors que nous eûmes l'idée d'employer l'eau oxygénée en injection intra-utérine.

Après dilatation à la laminaire, le 12 mars, nous injections avec une seringue de Braun, 4 centim. cubes d'eau oxygénée à 10 volumes, en ayant soin de pratiquer une irrigation vaginale, afin d'entraîner l'excès de la solution injectée. Tamponnement consécutif à la gaze salolée. Repos sur la chaise longue.

Dans la journée, il y eut des douleurs intra-utérines assez vives, douleurs qui disparurent après une injection chaude de deux litres.

Dès le lendemain, le suintement fut un peu moins considérable ; tous les jours suivants nous continuâmes les pansements vaginaux.

Le 18 mars, le suintement cessait, pour reprendre plus abondant le 22, après une longue marche, d'où notre malade était revenue brisée et fatiguée.

Le 23 mars, nouvelle dilatation avec laminaire et injection d'H^2O^2 le 24. Comme pour la première fois, pansement à la gaze salolée et repos horizontal. Le lendemain, quelques gouttes de sang à peine venaient démontrer le bienfait d'un pareil traitement.

Tout écoulement était tari à la fin mars, et notre malade put partir en bon état, au commencement d'avril.

La première période menstruelle qui suivit ce traitement par l'eau oxygénée, s'accompagna d'une poussée douloureuse et hémorrhagique fort vive qui disparut par le repos, et des injections chaudes à 45°.

Depuis cette époque, notre malade va bien. Les périodes menstruelles sont régulières avec légère dysmenorrhée durant la première heure. Plus d'écoulement métritique. État général parfait.

Remarques. — Dans le cas qui précède, grâce à l'emploi de l'eau oxygénée, nous avons pu tarir un écoulement sanguin long à disparaître chez une malade impatiente d'une guérison rapide, incapable d'attendre les effets certains, mais plus lents du massage gynécologique.

Chez cette malade, l'action du bioxyde d'hydrogène a été double. Grâce à son pouvoir hémostatique, ce nouvel agent thérapeutique a agi sur les vaisseaux qu'il a obstrués, et, par sa puissance de pénétration, d'imbibition des tissus, il a modifié l'état d'inflammation de la muqueuse. Son action a été semblable, mais plus douce et sans les mêmes lésions, à celle de la curette tranchante, modificatrice d'une muqueuse malade.

Ainsi donc, double résultat : arrêt d'une hémorrhagie tenace ; désinfection d'une cavité depuis longtemps contaminée.

Malgré les affirmations de Tissot et de Lucas-Championnière, l'eau oxygénée s'est montrée ici légèrement caustique.

Les douleurs intra-utérines, après son emploi, et surtout la production d'une petite ulcération du col par écoulement de l'excès de liquide introduit dans la matrice, sont une preuve de la causticité de cet agent.

Ne serait-ce pas à cette propriété que seraient dues les douleurs à l'apparition des règles, lors de la période menstruelle

qui suivit le départ de notre malade, et ne se serait-il pas produit une légère atrésie consécutive, productrice de la dysménorrhée des premières heures, à l'apparition des menstrues ?

Obs. II. — *Métrorrhagie abondante à l'approche de la ménopause chez une femme obèse. Guérison.* — Le 8 avril 1899, on vient nous chercher en toute hâte pour voir Mme Louise M..., âgée de 44 ans, qui, depuis la veille au matin, avait une hémorrhagie abondante.

Cette dame, qui n'avait jamais été malade, et qui n'avait jamais souffert du ventre, avait eu jusqu'en fin 1898, des périodes menstruelles régulières et normales. Depuis cette époque, les règles apparurent plus abondantes avec quelques irrégularités. Cependant, l'état général était toujours excellent.

Dans l'intervalle des règles, aucune perte blanche ; le ventre indolore, que commençait à gagner de plus en plus une obésité gênante, permettait cependant, par la régularité de ses fonctions, une marche prolongée sans fatigue.

L'examen génital pratiqué immédiatement, ne nous révéla rien d'anormal en dehors de l'hémorrhagie. L'état des poumons, du cœur, du foie et des reins ne nous permit de poser aucun diagnostic que celui de : Métrorrhagie survenant chez une femme obèse approchant de la ménopause.

A signaler l'abondance de cette perte rouge, avec absence de toute lésion organique appréciable ; abondance qui continuait, malgré des injections sous-cutanées d'ergotinine, et des tamponnements vaginaux au perchlorure de fer.

Cette dame refuse toute gymnastique décongestionnante, se basant sur ce préjugé, entretenu par bon nombre de médecins, à savoir que le repos le plus absolu doit être imposé à toute femme atteinte d'hémorrhagie utérine. Ce n'est pas la place ici de dire tout ce que nous espérions obtenir par la méthode de Stapfer : nous dirons dans un autre mémoire notre conviction et nos résultats.

Au bout de trois jours, l'état général commençait à s'altérer, les lèvres se décoloraient ; la malade, dans la journée, se plaignait de bourdonnements d'oreilles et de vertiges, et dans la nuit, une agitation pénible empêchait tout sommeil réparateur.

Avant de pratiquer un curettage qui s'imposait, malgré le refus de la malade, nous nous rappelâmes le succès obtenu, quelques semaines auparavant, par l'eau oyxgénée.

Ce fut le 12 avril, au matin, que facilement, sans dilatation préa-

lable, nous injectâmes deux fois le contenu d'une seringue de Braun d'H^2O^2, tout en pratiquant un lavage vaginal continu pour enlever l'excès du liquide injecté qui apparaissait au col en écume rosée. Tamponnement consécutif très serré. Repos au lit. Alimentation et régime tonique.

Dans la journée, de légères douleurs utérines se firent sentir; le soir du même jour, le tampon enlevé était encore taché de sang, mais l'hémorrhagie n'avait pas été suffisante pour souiller la gaze jusqu'à l'entrée du vagin.

Le lendemain, 13 avril, la gaze était tachée de sang comme celle de la veille. Nouvelle injection d'eau oxygénée avec les mêmes précautions pour éviter le contact de l'H^2O^2 avec la muqueuse vaginale. Nouveau tamponnement qui le soir fut retiré presque intact.

Le 14, la gaze ne présentait qu'une faible coloration rougeâtre. Par excès de précaution, nous fîmes une troisième injection de bioxyde d'hydrogène, injection qui fut suivie, cette fois, de douleurs fort vives dans la journée.

Les jours suivants, nous nous contentâmes d'injections vaginales très chaudes avec pansements vaginaux très serrés. Rapidement, tout suintement fut tari. Grâce à une constitution robuste, les forces perdues furent vite récupérées, et cette dame, après un séjour d'un mois à la campagne, revint nous remercier, et nous faire constater l'état parfait de sa santé qui s'est maintenue jusqu'à ce jour (novembre 99), sans ennuis et sans tracas génitaux.

Remarques. — L'eau oxygénée nous a rendu, chez cette deuxième malade, un signalé service. Son action hémostatique puissante s'est montrée capable d'agir avec succès, alors que toute autre médication avait échoué, alors que les préparations d'ergot, les piqûres d'ergotinine, les injections vaginales à 45° et 50°, les tamponnements serrés au perchlorure de fer, avaient été impuissants.

Cet agent thérapeutique peut être d'une très grande utilité par son emploi facile, et si nous en croyons les observations publiées et l'histoire de nos deux malades, sans danger aucun, tout praticien peut, sans aide, pratiquer cette injection intra-utérine capable de suppléer à une intervention chirurgicale si peu compliquée que le curettage, mais nécessitant cependant une assistance intelligente.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

D'après **Otto Küstner** (de Breslau) (1).

Malgré les importants travaux publiés déjà dans ce journal sur la grossesse extra-utérine (mémoires multiples du Pr Pinard, rapport de Segond, etc.), nous n'hésitons pas à donner une analyse détaillée du récent travail de Otto Küstner (de Breslau), par la raison que ce travail est le fruit d'une expérience personnelle bien rare. Qu'on en juge! Küstner a eu l'occasion d'opérer, d'abord à Dorpat, 9 grossesses extra-utérines, plus une grossesse développée dans une corne utérine. Ultérieurement, à Breslau, il a pu observer, d'octobre 1893 à octobre 1898, soit au cours de cinq années, 107 grossesses extra-utérines qu'il a opérées pour le plus grand nombre, l'opération ayant été, dans quelques cas, confiée à ses assistants. Donc, au total, un ensemble de 116 observations personnelles de grossesses extra-utérine !

*
* *

Au début, l'auteur note parmi les raisons qui l'ont poussé à publier ce nouveau travail, le fait qu'on le rend encore, à l'heure actuelle, responsable d'opinions, vieilles de plus de dix ans, sur une question dans laquelle les dernières années ont apporté une quantité considérable de documents neufs et qui, en dépit de cette richesse d'informations, reste bien loin d'être entièrement et définitivement résolue.

(1) Ueber Extrauterinschwangerschaft. *Sammlung klin. Vorträge*, 1899, n° 244, 245.

Étiologie.—*Obstacles mécaniques à l'arrivée de l'œuf dans son siège habituel.* — Küstner n'accorde plus qu'une importance étiologique médiocre aux obstacles mécaniques qu'on incriminait tant autrefois (pseudo-membranes péritonéales, petits fibromes au niveau de l'isthme, polipes muqueux vers l'ostium utérin, déviations, coudures du trajet tubaire, etc.). S'il est indiscutable que ces obstacles peuvent éventuellement jouer le rôle causal, le fait est plutôt rare.

A l'occasion de ces facteurs mécaniques, l'auteur discute l'influence de la *migration intra-péritonéale de l'œuf fécondé* (1). Point particulièrment curieux : à cause de la perte du temps que comporte cette migration utérine, l'œuf aurait plus de temps à se développer avant de se fixer, et, devenu trop gros, se trouverait arrêté en un point en deçà de son siège normal.

Küstner examine ensuite le rôle étiologique que jouent les *processus inflammatoires*, ceux surtout de l'oviducte, rôle qu'il croit, d'ailleurs, essentiel : « ... *l'inflammation de l'oviducte, de la muqueuse tubaire*, écrit-il, *voilà le processus qui nous fournit l'explication la plus plausible de la production de la grossesse eclopique* ».

D'ailleurs, observe l'auteur, cette notion du rôle de l'inflammation est ancienne et l'on avait déjà noté que des accidents

(1) Cette migration interne de l'œuf est indiscutable. Elle montre que le courant liquide produit par l'épithélium tubaire, vibratile, est capable d'orienter l'œuf à une distance plus grande que celle de l'ostium tubaire abdominal à l'ovaire. A ce point de vue, l'auteur cite les expériences concluantes de transplantation d'ovaire de Knauer, de Gregorieff, que, d'ailleurs, nous avons déjà fait connaître dans ce journal (*Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1897, p. 226, et août 1898, p. 123). Observations de grossesses à la suite de transplantations d'ovaires. Il relate aussi une observation, la première, écrit-il, recueillie dans l'espèce humaine, qui démontre, indiscutablement, la réalité de la migration interne de l'œuf. — *Obs.* Le 13 mars 1894, il enlève chez une femme S..., la trompe droite gravide et, simultanément, l'ovaire gauche, gros comme un œuf de poule, kystique. Cette femme conservait donc l'ovaire droit et la trompe gauche ; or, environ deux ans après, elle devenait enceinte, grossesse utérine qui se termina *à terme*, spontanément et normalement.

puerpéraux avaient, en certains cas, préexisté à la gestation extra-utérine. Hecker même avait attribué la plus grande fréquence des grossesses extra-utérines gauches à la plus grande fréquence des processus puerpéraux de ce côté. Mais cette relation de cause à effet, on l'expliquait, alors, surtout par des simples effets mécaniques. Or, il y a autre chose que les obstacles mécaniques, et le facteur principal c'est, à son avis et conformément à l'opinion de Webster, Mandl, Schmidt, etc., le *trouble fonctionnel* de l'oviducte. Il signale aussi : l'influence pathogénique possible de la salpingite gonorrhéique, de phlegmasies tubaires indépendantes de processus puerpéraux, tout en indiquant la circonspection qu'il faut apporter dans l'appréciation des données anamnestiques et de leur importance pathogénique.

Il considère comme *l'indice le plus sûr d'un processus phlegmasique antérieur à la grossesse extra-utérine ou contemporain*, la constatation au cours de l'opération d'une inflammation de la trompe non gravide. Et cette condition anatomique démonstrative se rencontrerait assez souvent.

« J'ai, ajoute-t-il, très fréquemment rencontré une affection de l'autre trompe, qui me paraît rentrer dans cette catégorie. Il s'agissait d'un hématosalpinx ou, quand l'extrémité frangée n'était pas oblitérée, d'un écoulement sanguinolent qui se faisait par cette extrémité pendant l'opération. Dans un cas, je trouvai dans la trompe enlevée un corps gros comme une noisette, qu'au premier aspect, je pris pour un œuf abortif ou un polype d'origine choriale ; c'était, comme il ressortit de l'examen microscopique, un caillot sanguin. Dans quelques cas, l'extrémité frangée de la trompe non gravide, ainsi affectée, était entourée par une sorte d'hématocèle.

« Je vois dans ce processus un état pathologique des trompes, qui existe déjà au moment de la production de la grossesse ectopique. Il y a là une disposition hémorrhagique, et même un état inflammateire. C'est seulement l'influence du processus d'hypertrophie gravidique que met en mouvement la gestation survenue dans l'une des trompes qui provoque l'hémorrhagie au niveau de l'oviducte non gravide.

« Cette disposition hémorrhagique donne alors non seulement lieu à la grossesse extra-utérine, mais représente peut-être aussi la cause qui, peut-être plus souvent que les autres variétés de salpingite et d'endo-salpingite, détermine ou favorise l'interruption prématurée, typique de la grossesse extra-utérine, l'avortement tubaire. »

Küstner note qu'il a trouvé, fréquemment, en même temps que les grossesses ectopiques, des *ovaires atteints de processus inflammatoires chroniques*, ceux-ci, vraisemblablement antérieurs à l'ectopie gravidique (ovarite corticale, hydropisie folliculaire, formations kystiques à contenu séreux). Et que cette fréquence des états pathologiques des ovaires fortifie cette opinion déjà exprimée par Kossmann, que *les ovaires malades émettent des œufs malades et que ceux-ci ont, de ce fait, une tendance à se fixer dans la trompe.* Selenka a établi qu'au moment où il prend racine dans l'utérus, l'œuf est doué d'une certaine viscosité. Mais que cette viscosité, il ne la possède pas d'emblée, sans quoi il se fixerait toujours dans l'oviducte. L'œuf est, au moment de la ponte, entouré d'un manteau de cellules qui meurent graduellement pendant le trajet à travers la trompe. Que l'œuf soit, dès le moment de la ponte, privé de « revêtement cellulaire, sa viscosité se manifeste et elle le fixe prématurément, dans l'oviducte. »

Bien entendu, l'auteur accompagne ces considérations de toutes les réserves qu'elles méritent.

« En beaucoup de cas, ajoute-t-il, on ne trouve pas de processus phlegmasiques : ni péri-tubaires, ni tubaires, ni ovariques, au moins à l'examen macroscopique.

« Et cependant, dit-il, ainsi que nous l'avons noté plus haut, l'inflammation de l'oviducte, de la muqueuse tubaire, est le processus qui nous fournit l'explication la plus plausible de la production de la grossesse ectopique. »

Küstner rappelle des expériences sur les animaux dont les résultats négatifs semblaient au moins prouver que, pour la production de la grossesse extra-utérine, *il faut autre chose que des obstacles mécaniques.* Dans ces expériences, il extir-

pait l'ovaire d'un côté et enlevait la trompe du côté opposé ou la liait jusqu'à presque la sectionner à son extrémité utérine. Ces expériences, il les répéta maintes fois, au cours de plusieurs années. Jamais, il ne survint de grossesse extra-utérine et il rapproche de ces expériences, celles de Mandl et de Schmidt. Ces auteurs commencèrent à étudier toutes les phases du rut chez les aninaux sur lesquels ils se proposaient d'expérimenter. Puis, les femelles ayant été fécondées, ils pratiquaient la laparotomie au moment où, d'après ce qu'ils avaient appris, l'ovule avait dû recevoir l'empreinte fécondante du spermatozoïde, et ils liaient la trompe. Or, ils constatèrent que, jamais, l'œuf ne se développait dans la trompe. Au contraire, quand ils liaient une corne utérine, la grossesse survenait, mais dans cette corne. La conclusion légitime : ce n'est donc pas l'acte opératoire qui empêche l'évolution de l'œuf ectopique ; c'est la muqueuse tubaire, saine, qui est impropre à fournir les conditions nécessaires à cette évolution.

Il faut donc, observe Küstner, quelque chose de plus, quelque chose qui fait que les œufs ne meurent pas dans l'oviducte et qui permet la réalisation des conditions nécessaires à leur développement, et ce quelque chose réside peut-être dans *l'état inflammatoire de l'oviducte*. Comment agit cet état inflammatoire ? Est-ce en détruisant plus ou moins complètement les cils de l'épithélium tubaire ou bien cet épithelium lui-même; est-ce en créant (idée de Webster) un état congestif analogue à la congestion prémenstruelle de la muqueuse utérine qui rend cette muqueuse plus apte à l'incubation de l'œuf ?

Ou bien, il peut se produire immédiatement après l'arrivée de l'œuf dans l'oviducte, une hémorrhagie intra-tubaire. L'œuf survit encore quelque temps. Mais l'hémorrhagie ou la distension corrélative de la trompe, l'empêche de progresser plus avant, puis de nouvelles poussées hémorrhagiques causent sa mort. Les exemples nombreux de salpingite hémorrhagique qu'a observés Küstner ainsi que ceux, fréquents aussi, d'interruption extrêmement précoce de la vie ovulaire militent, pense-t-il, beaucoup en faveur de ces interprétations, qui, toutefois, commandent de nouvelles recherches.

Anatomie pathologique. — L'auteur insiste peu sur
point et il admet que l'œuf peut se greffer en un point quelco
que de l'oviducte, fréquemment dans la région ampullaire,
assez souvent dans la portion isthmique, surtout au voisina
de l'utérus. Les observations ne lui permettent pas d'affirmer,
son tour, la fréquence beaucoup plus grande des grossess
isthmiques qu'ont signalée Mandl et Schmidt. D'autre pa
parmi le grand nombre des grossesses extra-utérines qu'il
observées, *il n'a pas rencontré un seul cas de grossesse s*
disant intra-ligamentaire. Sans en nier absolument l'existenc
et acceptant que le hasard a pu faire qu'il n'en ait pas vu, il cr
que des conditions anatomiques spéciales, l'adhérence intim
par exemple, de la trompe gravide au feuillet postérieur du m
sométrium, peuvent faire croire, même à la dissection et à l'ex
men microscopique, à une grossesse intra-ligamentaire q
n'existe pas.

Marche de la grossesse extra-utérine. — Kütsner insis
particulièrement sur ce fait, d'ailleurs bien connu, que le pl
grand nombre de grossesses extra-utérines ont une terminais
précoce. Les conditions anatomiques prédisposent singulièr
ment à la mort de l'œuf ; les œufs qui continuent à se dév
lopper jusqu'à terme ou près du terme, constituent des raretés c
niques. Le plus souvent, la greffe ovulaire dans la trompe pr
voque une hémorrhagie intra-tubaire plus ou moins abondant
hémorrhagie qui, du coup, peut arrêter l'évolution gravide. L'h
morrhagie peut être assez réduite pour distendre seuleme
l'oviducte, ou assez abondante pour produire, à travers l'o
tium abdominal, un épanchement intra-péritonéal ou déterm
ner une déchirure tubaire. De l'abondance de l'hémorrhagi
de l'étendue du décollement chorial dépend l'avenir de l'œu

L'hémorrhagie intra-péritonéale peut être diffuse (inond
tion péritonéale) ou se faire par petites poussées, circon
crites. Dans ce dernier cas, grâce à la coagulation et à l'org
nisation des couches périphériques, le sang s'isole, s'enkys
[ces enkystements sanguins correspondent aux hématocèl
utérines de Nélaton (1851)]. Telle est la marche de beaucoup
plus commune de la grossesse ectopique.

Il est beaucoup plus rare que les hémorrhagies intra-tubaires du début n'amènent pas la mort de l'œuf, et que l'œuf continue de croître. Enfin, il est beaucoup plus exceptionnel qu'aucune hémorrhagie, au moins notable, ne se fasse au niveau de la greffe ovulaire et que la grossesse évolue régulièrement.

En ce qui concerne l'évolution la plus commune de la grossesse ectopique, celle qui est marquée d'accidents dès le début, Küstner confirme le fait noté fréquemment par d'autres auteurs, que l'*avortement tubaire est beaucoup plus fréquent que la rupture tubaire*. Sur 75 cas, il a constaté seulement 16 ruptures de la trompe contre 59 avortements. Les statistiques de Fehling donnent 9 ruptures pour 71 avortements, celles de Mandl et Schmit 11 ruptures pour 56 avortements. — L'exploration bimanuelle, d'ailleurs, ne serait pas étrangère à l'origine de quelques ruptures.

Les conditions anatomiques, les états inflammatoires de l'oviducte, sa disposition hémorrhagique, etc., expliquent bien ces hémorrhagies précoces qui, le plus souvent, enraient, du coup, l'évolution de l'œuf. D'autre part, les soigneuses recherches anatomo-pathologiques de Kühne semblent avoir nettement établi que, dans la grossesse tubaire, il n'y a pas formation de caduque réfléchie, ni même de caduque vraie. De ce fait, il y a défaut de soutien des parois vasculaires et, par suite, disposition aux hémorrhagies. Toutefois, Küstner ne croit pas qu'on soit autorisé à incriminer beaucoup comme cause déterminante les contractions de la trompe gravide, étant donné l'état de minceur extrême à laquelle sont réduites en général les parois de l'oviducte. Il pense également que les douleurs périodiques qu'on observe au cours de la grossesse extra-utérine sont à tort rapportées à des contractions de la trompe, et qu'en réalité elles sont l'expression de la distension tubaire et de poussées péritonitiques.

L'auteur note encore, conformément à un fait déjà signalé par Fehling et qui ressort nettement des statistiques de cet auteur, cette particularité : EN GÉNÉRAL, *les hémorrhagies les plus abondantes accompagnent les ruptures de la trompe ;*

dans l'avortement tubaire, elles sont moins considérables. Mais il ne faudrait pas vouloir trouver là un signe sûr, absolu, pour le diagnostic différentiel de la grossesse et de l'avortement tubaire.

Diagnostic. — Les difficultés dont est souvent entouré le diagnostic de la grossese ectopique tiennent à ce qu'on est, la plupart du temps, forcé de le poser quand ne peuvent pas exister encore les signes de certitude de la gestation. Passé le cinquième mois, la démonstration de la présence d'un fœtus vivant est en général facile et la narcose permet de vaincre les difficultés qui peuvent se présenter. Avant le 5e mois, quand la grossesse n'a pas été troublée soit par l'avortement, soit par la rupture tubaire, on a, pour asseoir le dignostic, une tumeur correspondant par son volume à l'âge de la grossesse à côté ou en arrière de l'utérus, et les données anamnestiques (interruption des règles, aménorrhée, etc.). L'auteur tient, comme il y a dix ans, *le curage explorateur*, fait dans le but de rechercher les éléments déciduaux, pour inutile et même, jusqu'à un certain degré, pour dangereux. Il note une cause d'erreur qui a été certainement signalée déjà. Quand le col est hypertrophié, que la portion supra-vaginale est anormalement longue et que le corps de l'utérus par un mouvement de torsion vient à se placer latéralement, on peut, à tort, croire à une grossesse extra-utérine. Les véritables difficultés diagnostiques se rencontrent quand les signes classiques de la grossesse n'existent pas ou ne peuvent pas exister, la grossesse ayant subi les troubles indiqués, ce qui est le cas le plus fréquent. Ce qu'il faut rechercher ce n'est pas un produit de conception qui n'existe plus, mais les modifications anatomiques qu'entraîne la greffe anormale de l'œuf. Tumeur située à côté ou à côté et en arrière de l'utérus, modifications concomitantes des annexes du côté opposé, possibilité dans certains cas, et alors les difficultés du diagnostic diminuent singulièrement, de constater une tumeur latérale, qui se poursuit et se continue dans le cul-de-sac de Douglas avec une tumeur *fluctuante* qui peut, en outre, refouler, d'une manière caractéristique, l'utérus en avant et en haut (signes typiques de l'hématocèle rétro-utérine).

Mais, dans la plupart des cas, ces conditions, qui simplifient le diagnostic, n'existent pas, et l'état constaté à l'exploration bimanuelle ressemble beaucoup à celui d'une ovaro-salpingite uni ou bilatérale, quelle que soit du reste la situation de la ou des tumeurs, par rapport à l'utérus. Les deux moyens de poser le diagnostic sont : 1° un examen attentif des anamnestiques, et 2° la *ponction exploratrice*, celle-ci fournissant toujours une certaine quantité de sang ancien, abondante dans le cas d'une hématocèle ; médiocre, faible quand il n'y a eu qu'une petite hémorrhagie intra-tubaire. Dans ces cas, l'examen microscopique permet de démontrer sûrement qu'on a affaire à du sang épanché depuis déjà un certain temps. Il faut savoir toutefois que *même la ponction exploratrice peut induire en erreur.* Ainsi, dans un cas, Küstner avait conclu à l'existence probable d'une grossesse extra-utérine et il trouva un énorme hématome ovarique. Dans un autre cas, la ponction avait donné issue à un liquide jaune paille, qui avait éveillé l'idée d'une salpingo-ovarite avec dégénérescence microcystique de l'ovaire. Or, si cette dégénérescence existait, il y avait aussi grossesse extra-utérine.

*
* *

Traitement.— Küstner note d'abord que, sur les 107 derniers cas de grossesses extra-utérines (celles opérées à Breslau), il n'y a eu que 2 décès, et que sur les opérations faites au cours des dernières quatre années et demie, pas un seul cas de mort n'a été enregistré. Donc, une mortalité de seulement 2 pour 100 environ.

Chez l'une des deux femmes décédées, opérée par un assistant, il y avait complication de cirrhose hépatique. Au moment de l'opération, existaient des phénomènes accusés de stase abdominale. L'opération fut extrêmement difficile. Mort par péritonite.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme presque exsangue. La mort survint le lendemain de l'opération, avec le cortège des symptômes de l'anémie aiguë. A l'autopsie, on trouva dans les régions abdominales supérieures, au niveau des hypo-

chondres, des quantités de sang considérable, restées inaperçues à cause, sans doute, de l'emploi de la position élevée du bassin.

Dans les deux cas, la grossesse n'avait pas subi les accidents habituels qui l'arrêtent dans son évolution, le fœtus était vivant.

A cause de ces faits, écrit Küstner, cette proposition, soutenue à l'heure actuelle de divers côtés, *qu'il faut opérer toute grossesse extra-utérine*, serait justifiée pour les raisons suivantes :

1° Bien que l'issue habituelle de la grossesse extra-utérine soit la résorption de l'œuf et du sang épanché, cette résorption est en certains cas extrêmement lente, sûrement plus prolongée que la convalescence après l'opération.

2° En opérant, on supprime les organes du côté malade, et du côté opposé on peut, s'il y a lieu, réaliser les opérations plastiques indiquées, en sorte qu'après l'opération les organes génitaux se trouvent dans un état plus normal.

3° On prévient peut-être la répétition de la grossesse extra-utérine.

4° Par une opération précoce, on évite la péritonite chronique qui peut avoir son point de départ soit dans la trompe gravide, soit dans l'hématocèle.

Mais à ces raisons, on oppose en faveur d'une pratique moins active, les suivantes :

1° Avec une expectation judicieuse, toute grossesse extra-utérine dans laquelle, après mort du fœtus à une époque précoce, le processus naturel de guérison s'établit, se termine presque constamment par la guérison.

2° La cure non opératoire fait courir encore moins de danger que la cure chirurgicale.

Et conséquemment, *il ne faudrait soumettre à l'opération que les grossesses extra-utérines qui mettent en danger* la vie d'une femme, soit :

1° Les grossesses extra-utérines non interrompues.

2° Celles qui du fait soit d'un avortement tubaire, soit d'une

hémorrhagie de la trompe, se compliquent d'une hémorrhagie externe mettant la vie en péril.

3° Les grossesses extra-utérines avec phénomènes de putréfaction.

Tels sont, dans l'ensemble, les arguments invoqués par les divers observateurs pour et contre ces deux règles de conduite différentes.

Parmi les circonstances de nature à influer sur le choix de la conduite à suivre, Küstner insiste beaucoup sur la condition sociale de la femme. Pour lui, c'est une circonstance très importante. Il faut opérer la femme pauvre, parce que le repos, même dans de bonnes conditions hospitalières, est pour elle souvent une grosse perte. Il faut qu'elle puisse vaquer à ses occupations et, de plus, il faut qu'elle soit libérée entièrement de ses souffrances. D'ailleurs, fait-il observer, c'est peut-être un bonheur d'être pauvre sous le rapport du traitement quand il s'agit de grossess eextra-utérine ; car, à son avis, c'est bien, en général, le traitement chirurgical qui est le meilleur. Et s'il est, en général, bon de protester contre les excès opératoires, il y a peut-être sagesse à ne pas trop réduire les limites du traitement chirurgical, surtout quand il s'agit de grossesse extra-utérine.

Faut-il opérer par l'abdomen ou par le vagin ? Küstner, après avoir mis en évidence tous les avantages de l'intervention par la voie abdominale (possibilité de faire une revision minutieuse et complète de tous les organes génito-pelviens, de remédier à nombre d'états pathologiques, adhérences, hydrosalpinx, oblitération de l'ostium tubaire abdominal, etc., etc.) formule ses tendances dans la proposition suivante : « *en principe, il faut attaquer par en haut toute grossesse extra-utérine interrompue même pendant les premiers mois — à des époques plus avancées, cela ressort de soi-même — dès qu'il y a nécessité à opérer* ».

Doivent faire exception à cette règle, les grossesses extra-utérines ou les hématocèles, siège de processus de putréfaction ou de phénomènes infectieux. *La présence de germes virulents* dans les foyers à traiter, est une *contre-indication*

absolue au choix de la voie abdominale. Et l'observati des phénomènes cliniques ne suffit pas pour juger de la vir lence des lésions. Aussi, Küstner fait-il, *toujours*, faire l'ex men du liquide obtenu par la ponction exploratrice, utilisant microscope et les procédés de culture. Le résultat est-il posi pas d'opération abdominale, incision par le vagin, et, en gén ral, colpotomie postérieure.

*
* *

Nous avons examiné avec un très grand intérêt le trav d'O. Küstner. Les points qui nous paraissent en ressortir le pl vigoureusement sont : 1° Le *nombre considérable des gu risons*, le pourcentage de la mortalité étant tombé à un p moins de 2 p. 100 ; 2° Les préférences très nettes de l'aute pour la cure opératoire, cure opératoire qui s'impose d'aut plus qu'il s'agit de femmes appartenant à la classe pauvr 3° Ses préférences aussi pour la voie haute, pour l'utilisati de la voie abdominale qui permet une inspection complète organes génitaux internes et une restauration aussi compl que possible vers l'état normal des organes pelviens, Küstr réservant pour la voie vaginale les cas dans lesquels il y a pr cessus de putréfaction ou d'infection, invasion des lésio par des germes virulents ; 4° L'utilisation systématique po l'appréciation de l'état de virulence, indépendamment phénomènes cliniques, de l'examen bactériologique du liqu obtenu par ponction exploratrice (examen microscopique cultures). Mais nous avons été un peu surpris de ne pas trou de développements sur ce point si important, et qui en pr tique donne lieu à tant de surprises, le traitement du sac et l'arrière-faix. L'observation en particulier de Routier, prés tée par le professeur Pinard, à l'Académie de médecine, sous ce rapport si suggestive. Aussi, relit-on avec plaisir avec fruit les mémoires si instructifs, avec leurs observatio si minutieuses, du professeur Pinard, et le rapport si clair, méthodique, en même temps que d'une lecture si attrayante, Segond sur le traitement de la grossesse extra-utérine.

R. Labusquière.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 3 novembre 1899.

M. Potocki. Rapport sur une observation de M. Dubujadoux intitulée: « **Dystocie par rigidité du col. Opération de Porro, sept jours après le début du travail. Guérison.** » — Il s'agit d'une femme de 25 ans, primipare, à terme, ayant des douleurs depuis sept jours; le fœtus est mort, les membranes sont rompues, la femme est infectée. Le col rigide a toute sa longueur. L'indication de vider l'utérus étant pressante M. Dubujadoux fit une opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique avec pédicule externe. La seule particularité fut la difficulté qu'éprouva l'opérateur à extraire la tête du bassin dans lequel elle était profondément engagée. La femme guérit.

M. Potocki fait, au sujet de cette observation, les deux remarques suivantes : 1° On ne saurait considérer des signes d'infection commençante pendant le travail comme suffisants pour autoriser une amputation de l'utérus. 2° L'obstacle apporté à la dilatation par la simple rigidité du col, était-il tel qu'on ne pût délivrer la malade par des moyens plus simples que l'hystérectomie ?

Après ces remarques préliminaires, M. Potocki reprend l'histoire générale des rigidités du col. Il met à part les cas de rigidités pathologiques pour concentrer son attention sur les rigidités qui se produisent pendant le travail et ne sont liées à aucune altération antérieure du col. A ces cas, le noms de rigidité spasmodique et de rigidité anatomique ont été donnés mais à tort. Il n'y a dans ces cols secondairement rigides, que de l'infiltration séreuse et sanguine bien mise en relief par Bouffe de Saint-Blaise et par Wallich. Cette infiltration est l'aboutissant de la non dilatation du col par inertie utérine. Une fois constituée, elle crée une dystocie soit définitive, soit temporaire; dans cette dernière alternative elle cesse spontanément par la reprise des contractions et la dilatation normale, par la déchirure de la portion indurée, ou par l'expulsion de l'anneau de col induré qui se détache circulairement.

La thérapeutique de ces rigidités est prophylactive ou curative. Le traitement prophylactique c'est le traitement de l'inertie utérine. Il faut à tout prix conserver la poche des eaux, lutter contre l'inertie par des bains et des injections très chaudes et au besoin par la dilatation artificielle du col (écarteur Tarnier, ballon de Champetier, suivant que la tête est ou n'est pas engagée).

Lorsque la rigidité est constituée, il ne faut pas s'en tenir à l'expectation, il faut intervenir. Les moyens de douceur sont impuissants. Les incisions sont seules capables de donner un résultat satisfaisant. Les faits cliniques ont démontré que ces incisions sont sans danger si on les pratique sur des cols effacés et si on ne les fait pas dépasser l'insertion vaginale. Si la dilatation a dépassé 2 centimètres, on pourra faire des incisions de 2 à 3 cent. et on extraira l'enfant. Si la dilatation a moins de 2 centim., on fera des incisions jusqu'à l'insertion vaginale et on abandonnera l'accouchement à la nature.

Ces incisions seront faites au bistouri ou aux ciseaux courbes. Elles porteront sur les commissures en arrière et en avant, mais en avant il ne faudra pas dépasser 1 cent. par crainte d'intéresser la vessie.

Si le col n'est pas effacé, une seule ressource reste, c'est l'opération césarienne que l'on fera par la voie abdominale et que l'on fera suivre d'une amputation de l'utérus à la Porro.

M. Segond préfère employer en gynécologie opératoire, comme M. Potocki en obstétrique opératoire, les incisions latérales non dangereuses. Il préfère ces incisions à l'hémisection antérieure.

M. Pinard croit que dans le cas de M. Dubujadoux, il s'agissait d'une femme, chez qui la putréfaction du fœtus avait paralysé l'utérus. M. Pinard insiste sur la cause des rigidités, appelées à tort spasmodique ou anatomique, auxquelles il préfère la dénomination de rigidité par infiltration. Contre cette infiltration, l'écarteur Tarnier ne peut donner de bons résultats ; dans quelques cas, le ballon Champetier rendra service. Cette question mérite d'ailleurs d'être discutée à fond dans la prochaine séance.

MM. Porak et Audion. **Rupture incomplète de l'utérus.** — Dans un cas d'hémorrhagie grave par insertion du placenta sur le segment inférieur, chez une femme de 40 ans, XVIpare, M. Porak dut pratiquer la dilatation forcée du col à l'aide du ballon Champetier, dilatation qui fut pénible, puis une version par manœuvres internes, enfin une basiotripsie sur la tête dernière. La femme mourut immédiatement après l'interven-

vention. Il y avait une rupture de l'utérus n'intéressant que la musculeuse, respectant le péritoine. La déchirure mesurait 8 centim. de hauteur. Elle siégeait au-dessus du col. Le col était intact.

Hutinel et Delestre. **Les couveuses aux Enfants-Assistés.** — Grâce aux couveuses, on a vu s'abaisser la mortalité des nouveau-nés, pesant moins de 2,000 grammes, de 66 p. 100 à 36 p. 100. Est-il possible de diminuer encore cette mortalité ? C'est ce que M. Hutinel s'est proposé de faire en cherchant à parer aux inconvénients que les couveuses présentent dans certains cas.

Certains médecins placent dans la couveuse tout enfant qui naît avec un poids inférieur à la normale. D'autres vont jusqu'à y mettre également les nouveau-nés malades, infectés. Il y a là un abus. La couveuse doit être réservée aux prématurés dont la température est au-dessous de la normale.

Parmi ces enfants mis en couveuse, quels sont ceux qui meurent et pourquoi meurent-ils ?

1° Les uns ne sont pas encore viables, leurs organes ne sont pas encore aptes à remplir les fonctions indispensables à l'existence.

2° D'autres présentent des malformations incompatibles avec la vie, ou sont atteints de tares héréditaires trop profondes.

Dans ces deux cas le rôle de la couveuse est nul.

3° Certains enfants, qui semblaient bien constitués au moment de la naissance, tombent malades quelques jours après ; on les met alors dans une couveuse et ils y meurent.

Dans ces cas encore la couveuse ne peut être incriminée.

4° Mais il reste une dernière catégorie d'enfants qui, bien que prématurés, semblent bien constitués et bien portants quand on les place dans les couveuses et qui y meurent cependant au bout de quelques jours. Nous savons actuellement qu'ils succombent à des infections variées. Ce sont le plus souvent les streptocoques ou le colibacille qui peuvent être incriminés, mais d'autres agents pathogènes, comme le staphylocoque, le bacille pyocyanique, etc., peuvent se rencontrer dans les organes. Les infections se font par les surfaces imparfaitement défendues des muqueuses, comme par des plaies béantes, si le milieu extérieur est contaminé. La couveuse ne peut-elle pas être cette fois mise en cause ? N'agit-elle que passivement en permettant aux germes du dehors de pénétrer jusqu'à l'enfant ? Ou a-t-elle encore un rôle plus actif en favorisant, par sa température élevée et constante, l'éclosion et la pullulation des germes morbides ?

Comme l'a dit Bertin dans sa thèse faite dans le service de M. Hutinel : « La couveuse fait réellement partie du milieu hospitalier ; si ce milieu est sain, s'il n'est pas encombré, la couveuse pourra être employée sans danger ; si ce milieu est infecté, on peut dire que la couveuse est aussi infectée. » Tant vaut le milieu, tant vaut la couveuse. Si l'on peut, en effet, filtrer l'air qui pénètre dans la couveuse sur de l'ouate, il faudra bien, toutes les deux heures, ouvrir l'appareil pour faire téter et pour changer l'enfant. D'autre part, l'air n'est pas le seul véhicule des germes. Il faut compter avec les mains des infirmières et des nourrices, qui souvent ont approché ou même soigné des enfants infectés. Pour ces raisons, M. Hutinel juge la couveuse la plus perfectionnée impuissante à protéger l'enfant contre les infections du milieu extérieur. Bien plus, il croit qu'étant donné un milieu infecté, l'air sera plus nocif à l'intérieur de la couveuse que dans la salle elle-même.

Comment expliquer cette influence nuisible des couveuses ? Peut-être les germes pullulent-ils davantage à l'intérieur de la couveuse, où ils trouvent, comme dans une étuve, une température élevée et constante.

D'autre part, il n'est peut-être pas indifférent à un nouveau-né débile de passer toutes les deux heures de la température de la couveuse (33°) à celle de la salle (17° à 20°). C'est pour remédier à ces variations de température que l'on a créé les chambres de chauffe. Mais il est difficile de maintenir ces dernières dans un état d'asepsie même relative. La température en est mal supportée par les nourrices, et il faudrait avoir à sa disposition plusieurs chambres de chauffe, de façon à pouvoir isoler les enfants qui viennent à s'infecter. D'ailleurs, les prématurés redoutent moins qu'on ne pourrait le supposer les variations de température, pourvu quelles ne soient pas de longue durée.

M. Hutinel donne la préférence aux couveuses, mais, connaissant leurs dangers, il a cherché quelle était la meilleure manière de les utiliser.

D'ordinaire, une température de 32° à 33° est suffisante. Le prématuré n'est pas un animal à sang froid, c'est un animal à sang chaud qui ne fait pas assez de calorique. Il règle sa température, mais il ne l'élève pas assez haut. Peu à peu elle montera en suivant une courbe parabolique absolument caractéristique, presque pareille chez tous les sujets.

Dès le premier ou le deuxième jour, la température s'élève d'un degré environ dans les vingt-quatre heures. Les jours suivants, elle ne monte guère que de 3/4 de degré, puis d'un demi, puis d'un quart,

augmentant d'autant moins qu'elle se rapproche plus de la normale.

Un fait qui prouve bien que les nouveau-nés règlent eux-mêmes leur température indépendamment de celle de la couveuse, c'est le suivant. Les prématurés non viables présentent, peu de temps après la naissance, des températures très basses, de 21°, 23°, 25°, et, bien que placés dans les couveuses à 33° ou 35°, ils ne se réchauffent pas et meurent.

Pour M. Hutinel le but de la couveuse est le suivant : supprimer pour les enfants, la lutte contre le froid, pendant le temps qu'ils mettent à atteindre la température normale.

Quand la température rectale est arrivée à 37° et s'y est maintenue pendant deux jours, la couveuse n'est plus utile. L'enfant peut se défendre lui-même : il suffit de le couvrir assez pour qu'il ne perde pas inutilement son calorique. Il n'a plus rien à gagner dans la couveuse, mais beaucoup à y perdre, puisqu'il a plus de chances de s'y infecter. Enveloppez ses membres d'ouate, mettez-lui des boules d'eau chaude aux pieds et sur les côtés, et placez-le dans un berceau, et cela dans une pièce aérée, ensoleillée, dont la température pourra être de 18 à 20°.

Si l'un de ces enfants tombe malade, il faut, avant tout, l'isoler et ne pas songer à le remettre en couveuse.

La nourricerie des Enfants-Assistés réunit, maintenant, la plupart des conditions favorables à l'élevage des nouveau-nés. Elle est divisée en quatre salles se faisant suite :

Dans la première sont placés les prématurés bien portants (en couveuse ou berceau) ;

Dans la seconde (salle des douteux), sont mis les enfants présentant de l'œdème, de l'ictère, des vomissements, de la diarrhée, ou bien encore des enfants qui se mettent à baisser de poids ou de température, sans qu'on puisse trouver la cause de cette baisse ;

La troisième salle est celle des infectés (ophtalmie, érysipèle, infections généralisées, etc.) ;

La quatrième pièce est le dortoir des nourrices, car dans chaque salle il n'en couche qu'une, surveillant huit enfants environ.

Dès le matin et jusqu'à la fin de la journée les fenêtres sont grandes ouvertes du côté du soleil et, si le temps le permet, tous les berceaux sont sortis et placés dans un petit jardin annexé à chaque salle. C'est la cure d'air, le sanatorium des nouveau-nés.

Grâce à cette installation, on a vu la mortalité des prématurés diminuer d'une façon remarquable.

Cette nourricerie fonctionne depuis le mois de mai. 21 enfants, d'un poids inférieur à 2,000 grammes, y ont été soignés, et l'on n'a eu à enregistrer que 3 décès, ce qui ne donnerait qu'une mortalité de 14 p. 100.

MM. Hutinel et Delestre arrivent aux conclusions suivantes :

La couveuse rend de grands services à condition que l'on suive les règles suivantes :

1° Employer un système permettant une désinfection fréquente et mettant à l'abri des variations brusques de la température ;

2° Veiller à ce que la couveuse soit placée dans un milieu sain ; si on l'installe dans un milieu contaminé, les enfants auront bien des chances pour y mourir ;

3° Ne mettre en couveuse que les nouveau-nés présentant de l'hypothermie ;

4° Les retirer dès que leur température rectale s'est fixée à 37° ; à partir de ce moment la couveuse ne présente que des inconvénients. Alors c'est l'air et le soleil qui conviennent le mieux ;

5° Un enfant infecté ne doit pas être placé en couveuse et il y a souvent avantage à en retirer un enfant qui y devient malade.

M. Lepage, partisan de la couveuse à l'hôpital, préfère la chambre de chauffe en ville. Pour ce qui est de la couveuse, M. Lepage insiste sur les deux points suivants : 1° c'est sur la température et non sur le poids qu'il faut se guider pour mettre un nouveau-né en couveuse ; 2° c'est immédiatement après la naissance qu'il faut mettre le nouveau-né en couveuse. L'abaissement de température qui se produit d'emblée, si l'on attend, peut être très préjudiciable au nouveau-né, malgré les soins ultérieurement pris.

M. Champetier de Ribes pense, contrairement à M. Lepage, que la couveuse n'a, en ville, que des avantages ; c'est là, en effet, que sa surveillance, par un personnel non surchargé, peut être efficace.

M. Pinard. — La couveuse a été un progrès. Elle a fait disparaître le sclérème du nouveau-né, par exemple ; mais il ne faut pas croire qu'elle suffit à guérir toutes les misères du prématuré. Elle a son indication et sa contre-indication. En ce qui concerne les indications, la température a une valeur prépondérante.

M. Hutinel pense, comme M. Champetier de Ribes, que la couveuse est supérieure aux chambres de chauffe dans la clientèle de la ville.

M. Lepage. **Pyélonéphrite et grossesse.** — M. Lepage rapporte deux observations de pyélonéphrite au cours de la grossesse. La première a trait à une femme de 24 ans, primipare, qui présenta des symptômes de pyélonéphrite double non tuberculeuse (douleurs rénales d'abord à gauche, puis à droite, puis des deux côtés ; fièvre, pyurie). Les premiers accidents apparurent vers le quatrième mois. Ils s'amendèrent au bout d'une quinzaine de jours pour reparaître un mois plus tard. Les symptômes s'aggravant à mesure que l'engagement de la tête s'effectuait, il fut décidé de provoquer l'accouchement. Le ballon Tarnier fut appliqué. L'enfant fut expulsé vivant, il pesait 2,150 gr. Il est actuellement bien portant. Quant à la mère, elle recouvra rapidement la santé. La fièvre disparut immédiatement ; au bout d'un mois les urines ne contenaient ni albumine, ni pus. Elle est actuellement bien portante.

La deuxième a trait à une femme de 20 ans qui présenta au cours de la grossesse les mêmes symptômes que la précédente. Cette femme n'a voulu s'astreindre ni au repos au lit, ni au régime lacté. Elle fit un accouchement spontané prématuré, à 7 mois. L'enfant de 1,360 gr., mourut quelques jours après la naissance. Cinq jours après l'accouchement la mère avait fait sa défervescence thermique.

M. Lepage fait suivre ces deux observations des réflexions suivantes :

1° Chez une femme enceinte qui présente de l'hyperthermie avec accélération du pouls en même temps que des douleurs abdominales plus ou moins localisées à la région lombaire, il est utile de recueillir les urines en totalité et d'y rechercher la présence du pus.

2° Lorsque le diagnostic de pyélonéphrite est établi, le traitement consiste dans le repos au lit, le régime lacté exclusif et la révulsion sinapisée au niveau de la région rénale douloureuse. Les injections vésicales ne sont indiquées que lorsqu'apparaissent des signes manifestes de cystite.

3° L'interruption de la grossesse peut être nécessitée quel qu'en soit l'âge par la persistance des accidents fébriles, par le mauvais état général de la femme, surtout lorsque celle-ci a suivi rigoureusement le traitement sus-indiqué.

M. Baudron a observé récemment une femme atteinte de pyélonéphrite de la grossesse. Elle a été très améliorée par le traitement médical et les injections vésicales.

M. Pinard. — La pyélonéphrite, observée au cours de la grossesse, ne mérite pas le nom de gravidique. Les femmes dont il s'agit étaient

certainement malades antérieurement de leurs reins. La grossesse apportant un obstacle mécanique à l'écoulement urétéral, détermine des accidents. Il ne faut pas se presser d'intervenir, car la grossesse peut aller à terme et alors tous les accidents disparaissent.

Séance du 1er décembre 1899.

M. Le Gendre. **Psoïtis et arthrite sacro-iliaque puerpérales tardives.** — M. Le Gendre rapporte l'observation d'une femme de 40 ans qui, cinq semaines après un accouchement, mourut d'asphyxie aiguë à marche très rapide (quatre jours). Cette femme, IVpare, était accouchée d'un macéré de 5,520 grammes. Ses urines étaient très albumineuses. Les premiers jours des suites de couches, elle eut quelques élévations thermiques. Elle reprit ses occupations et se portait bien quand elle fut prise d'asphyxie aiguë. A l'autopsie on trouva de l'œdème et de la congestion des poumons. L'utérus semblait macroscopiquement sain. Du côté gauche, dans la gaine du psoas, se trouvait une énorme poche de pus communiquant avec une autre poche dépendant de l'articulation sacro-iliaque gauche ; ces poches renfermaient deux litres de pus. M. Le Gendre pense que peut-être, au moment de l'accouchement laborieux du fœtus volumineux, il s'est produit une diastase des articulations pelviennes qui, en raison du mauvais état général de la femme, a été le point de départ d'une arthrite secondaire.

M. Champetier de Ribes pense qu'il n'est pas besoin d'invoquer une diastase articulaire ; il s'agit là d'une localisation articulaire à évolution sourde d'une septicémie puerpérale dont les élévations de température des premiers jours des suites de couches sont la signature. On connaît bien ces manifestations tardives des infections puerpérales : la phlébite en est le type.

M. Pinard partage l'opinion de M. Champetier sur la pathogénie de l'arthrite. Ce qui est certain, c'est que cette femme est morte parce que ses reins étaient malades.

M. Louis Guinon. **Fréquence et formes rares de la tétanie infantile.** — M. Guinon appelle l'attention de la Société sur le tétanos et sur le pseudo-tétanos. Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. La rareté des observations publiées tient aux difficultés du diagnostic. M. Guinon, à l'occasion de deux cas personnels, insiste sur la symptomatologie des pseudo-tétanos. Ils reproduisent l'allure

clinique générale du tétanos vrai, mais à l'inverse de la tétanie ils respectent le plus souvent les extrémités ; ils évoluent sans fièvre et se terminent par la guérison.

Sous le nom de tétanos du nouveau-né on a rangé des cas qui doivent être distraits de l'infection par le bacille de Nicolaïer. Parmi ces états tétanoïdes, il en est vraisemblablement qui doivent être de la tétanie. La tétanie du nouveau-né ne peut pas, en effet, ressembler à celle de l'adulte ; elle ne peut être localisée, le nouveau-né généralisant toujours ses manifestations nerveuses.

M. Wallich. **Discussion du rapport de M. Potocki sur le traitement de la rigidité du col.** — M. Wallich rappelle qu'il a démontré le premier que la soi-disant rigidité anatomique du col était due non pas à une disposition anatomique primitive du col, mais à une infiltration séro-sanguine secondaire apparaissant au cours du travail. Cette démonstration était basée sur l'examen histologique d'une calotte de col rigide expulsée au-devant d'une tête fœtale. (*Soc. obstétr. et gynéc.*, 1890.)

Cette rigidité, dite anatomique, serait mieux nommée *rigidité par infiltration*. Elle est secondaire ; il faut donc surtout s'attacher à la prévenir, en suppléant les agents de la dilatation en défaut, en luttant contre l'inertie utérine, en dilatant artificiellement le col avant qu'il ne soit infiltré.

Lorsqu'on est appelé à lutter contre cette rigidité par infiltration, pourquoi ne commencerait-on pas par sacrifier le col et le malaxer de façon à l'exprimer ? En cas d'échec, une incision latérale créerait une large scarification, un agrandissement de l'orifice, et serait peut-être moins chargée d'inconnues que les incisions rayonnées en tous sens.

M. Varnier discute l'utilité et la tecnique des incisions dans le traitement de la rigidité du col par infiltration.

Il est exceptionnel que l'on soit obligé d'intervenir chirurgicalement contre cette rigidité ; souvent, de simples mouchetures suffiront. Si l'on a la main forcée, on pourra avoir recours aux incisions, mais il est inutile d'avoir recours aux incisions rayonnées de Dürrhsen, aux incisions multiples conseillées par Potocki. Deux incisions latérales suffisent. Quelle sera leur étendue ? Il faut prendre un point de repère anatomique et ne pas dépasser l'insertion vaginale. Dans ces limites l'incision sera suffisante. En effet, les anneaux cervicaux qui, sponta-

ment expulsés dans quelques cas, ont permis l'accouchement sans intervention, représentent le museau de tanche.

Que l'orifice soit punctiforme, égal à 2 francs ou à 4 centimètres, l'anneau expulsé a au maximum 3 centim. de rayon, c'est-à-dire qu'au point de vue des dimensions, il correspond à la portion vaginale du col effacé. C'est ce qu'a d'ailleurs histologiquement démontré Wallich. Inutile donc de dépasser chirurgicalement les limites qui suffisent à la nature, d'autant que cette pratique ne serait pas sans danger.

M. Doléris a, depuis longtemps, insisté sur les caractères cliniques de ce bourrelet d'infiltration qui constitue la rigidité dite anatomique du col; il en a indiqué la cause, l'inertie utérine; il a montré comment, avec le sulfate de quinine, administré dès le début de cette infiltration, on pouvait, en activant le travail, l'empêcher de devenir une cause sérieuse de dystocie. Les cas de dystocie par rigidité sont d'ailleurs très rares. A ces cas peuvent convenir de franches incisions suivies de sutures.

M. Lepage croit que ces cas ne sont pas si rares qu'on le croit, et beaucoup doivent passer inaperçus parce que de grandes déchirures ont permis l'accouchement, déchirures qu'il eût été plus sage de prévenir par des incisions précoces.

M. Potocki est d'avis que les cas de rigidité réclamant une intervention sérieuse sont rares. Ces cas doivent être traités par des incisions. En les limitant à la partie du col qui est infiltrée on est sûr de ne pas aller jusqu'à la zone dangereuse, car cette infiltration ne s'étend jamais jusqu'à l'insertion vaginale.

M. Pinard ne conseille pas d'employer les incisions dans les rigidités pathologiques, surtout les rigidités par cicatrices. Dans la rigidité du col par infiltration, il ne les proscrit pas, mais pense qu'on en a très rarement besoin. Les injections chaudes sont un moyen puissant de lutter contre ces infiltrations au début et suffisent le plus souvent. Si l'on se résout à faire des incisions on ne devra pas dépasser les insertions vaginales, limite que l'infiltration ne dépasse d'ailleurs pas.

M. Doléris. **Appareil à irrigation continue.** — C'est un appareil qui permet de faire, sous un courant de liquide antiseptique, les opérations qui portent sur la région vulvo-périnéale, sur la région et le col. Il se compose : 1° D'une sorte de tablier métallique formé de pièces articulées en queue d'écrevisse.

2° D'un conduit terminé supérieurement par un teton où s'adapte le

tube en caoutchouc d'un vase à irrigation muni d'un robinet. Ce conduit se termine inférieurement en une sorte de rampe creuse à trous filiformes, qui constitue le bout inférieur de l'appareil.

C'est par cette rampe que se distribue, sous forme d'une nappe qui ruisselle continuellement sur le champ opératoire, le liquide aseptique, eau bouillie, eau boriquée.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la Société obstétricale de France; compte rendu de la septième session. Paris, 1899, O. Doin, édit.

Les communications contenues dans ce volume sont nombreuses, entre autres : recherches nouvelles sur l'ovogenèse (Keiffer) ; recherches sur le placenta (Delore) ; considérations sur le bassin du nouveau-né (Bouchacourt et Brindeau) ; la loi d'adaptation utéro-placentaire (Fournier) ; de la toxicité urinaire pendant la grossesse et les suites de couche (Labadie-Lagrave, Boix, Noé et L. Banet) ; extraction de l'arrière-faix après avortement (Chavanne) ; classification des rétrécissements du détroit supérieur (Fochier) ; de l'ostéomalacie (Bossi) ; communications multiples sur la symphyséotomie, l'opération césarienne (Herrgott, Fochier, Charles, Bar, etc.) ; dystocie par rétraction exagérée de l'anneau de Bandl (Bué) ; considérations sur la septicémie puerpérale (Macé) ; application de la kinésithérapie à l'obstétrique (Stapfer) ; communications sur le forceps (Loviot, Demelin), etc, etc. R. L.

Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques. Dr P. Bouquet, 1900.

« J'ai, écrit l'auteur, employé la forme synoptique parce qu'elle me paraît répondre absolument un but que je me suis proposé.

« Ce but a été, non pas de faire un précis d'accouchement, mais de mettre entre les mains des élèves, aussi bien étudiants que sages-femmes, un livre qui leur permet de revoir chaque question dans tous ses détails en quelques instants. »

De fait, la lecture de plusieurs chapitres nous a permis de constater que l'auteur a employé tous ses soins à réaliser le but visé. R. L.

De la ligature ou du pincement des utérines dans le traitement des fibromes, par G. Caffarel. Thèse de Lyon, 1899.

Après une courte étude anatomique des artères utérines, dans laquelle d'ailleurs il se range absolument aux conclusions de P. Fredet, l'auteur résume rapidement l'historique de la question, bien étudié dans ce recueil par Hartmann et Fredet. Puis il aborde le manuel opératoire, décrivant les procédés abdominaux (Gubaroff, Altuchoff) et les procédés vaginaux (Dorsett, Gottschalk et Martin) ; il donne la préférence à ces derniers procédés ; il préfère également la ligature au pincement, la première étant un procédé moins aveugle et partant plus chirurgical et plus parfait dans ses résultats.

Les observations qui suivent sont en partie empruntées aux auteurs qui se sont occupés de la question dans ces dernières années (Martin et Gottschalk) en partie originales ; ces dernires dues surtout à Condamin et à Goullioud.

D'après ces faits, il termine en disant que la ligature des utérines a comme résultat : l'arrêt des hémorrhagies, la régression manifeste de l'utérus et une diminution constante de l'hystérométrie ; la régression et parfois même la disparition des tumeurs. Enfin la mortalité de cette intervention étant jusqu'à présent nulle, elle est toujours recommandable, ne serait-ce que comme traitement d'attente.

P. Lecène.

Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des fœtalen und kindlichen Uterus einschliesslich der Gartner'shen Ganges, par Robert Meyer. Karger, éditeur, Berlin, 1899.

Dans ce travail, Meyer s'attache à rechercher les glandes et les kystes glandulaires du muscle utérin sur des utérus d'enfant ou de fœtus. Il étudie plus complètement qu'on ne l'avait fait avant lui les débris épithéliaux, vestiges du canal de Wolff qu'on trouve dans le muscle utérin et qu'on décrit sous le nom de canal de Gartner. En même temps il refait une étude du canal de Gartner et des débris du canal de Wolff qu'on peut rencontrer dans le ligament large ou les annexes et qui sont le point de départ de productions kystiques.

Nous ne pouvons analyser complètement ce travail, riche de documents. Nous rappellerons seulement que deux fois l'auteur a trouvé des débris de l'époophoron dans la paroi de la trompe, que dans le corps de l'utérus il a trouvé souvent des glandes muqueuses contrairement à l'opinion classique, que dans le corps utérin il a constaté des débris

de muqueuse qui lui semblent avoir pour point de départ des débris du canal de Müller détachés au moment de leur fusion, etc.

De nombreuses figures, les unes intercalées dans le texte, les autres tirées en planches à part, toutes bien exécutées, permettent de suivre les descriptions. L'ouvrage se termine par un index des travaux publiés sur la question.

Les productions pédiculées du ligament large (Die gestielten Anhänge des Ligamentum latum), par Emile Rossa. Karger, éditeur, Berlin, 1899.

Les recherches de l'auteur le conduisent aux conclusions suivantes :

Les productions pédiculées du ligament large sont extrêmement fréquentes (1/5 des femmes), aussi bien chez les nouveau-nés que chez les adultes et même chez des fœtus de 4 mois. Elles sont toujours implantées à la face antérieure du ligament large ; le plus souvent au-dessus du parovarium. On peut en distinguer deux formes, les unes kystiques, les autres pourvues d'une lumière (trompes accessoires).

Dans les premières il s'agit d'une cavité revêtue d'un épithélium cylindrique ; dans les secondes on trouve des franges revêtues d'épithélium cylindrique circonscrivant l'orifice d'un pavillon. Les productions kystiques proviennent le plus souvent du parovaire par pédiculisation et dilatation d'un de ses tubes pendant la période fœtale, ou bien, à une époque ultérieure, de tubes du parovaire dilatés, ayant usé le feuillet antérieur du ligament large et qui sont devenus extra-ligamentaires.

Un petit nombre des productions kystiques doivent être regardées comme des franges pédiculées contenant des inclusions épithéliales. L'origine des productions pourvues d'un pavillon et ouvertes n'est pas encore certaine. Ce sont probablement des reliquats des tubes du pronephros ; on peut encore les rapporter à des invaginations pathologiques de l'épithélium du cœlome, ou bien encore à la rupture d'une production kystique.

Influence de la profession sur le développement des déviations utérines et des annexites chroniques (Uterusretroversionen und chronische Adnexentzündungen in Folge körperlicher Anstrengungen), par Camillo Fürst, in *Sammlung klin. Vorträge*, Breitkopf, éditeur, Leipzig, 1899, n° 253.

Dans ce travail, Fürst étudie l'influence des professions diverses, et

dans ces professions mêmes, des attitudes corporelles, sur le développement et le pronostic des déviations utérines et des affections chroniques des annexes. Il passe ainsi en revue les attitudes prises par les servantes, les teinturières, les tisserandes, les employées de fabriques de papier, les imprimeuses, etc.

Il en tire des conclusions, d'ailleurs très discutables, sur la production des déviations et surtout des annexites chroniques.

P. Lecène.

Lehrbuch der Hebammen Kunst, par Schultze, Leipzig, 1899.

Ce précis d'obstétrique destiné aux sages-femmes en est à sa 12e édition. Les points sur lesquels Schultze a concentré son attention sont, d'une part, les avantages de l'exploration externe comme méthode d'examen des femmes en couches; d'autre part, les détails des règles d'antisepsie que les sages-femmes doivent observer.

Les altérations des annexes dans les fibromes utérins (Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell' utero con speciale riguardo alla tuba uterina), par Vincenzo Greco. Palerme, 1899.

Travail d'anatomie pathologique reposant sur 21 observations personnelles, accompagné de bonnes planches. Les altérations de la trompe consisteraient principalement en hypertrophie de la musculaire et de la muqueuse; quelquefois même il y a simplement hyperplasie de la muqueuse. En même temps on trouve souvent des processus inflammatoires (catarrhe, plus rarement suppuration). Quelquefois, on observe une atrésie de la partie utérine de la trompe.

L'ovaire est ordinairement augmenté et contient de petits kystes, quelquefois on peut y rencontrer de petits foyers purulents.

Histologiquement il y a augmentation de nombre et de volume des vaisseaux avec prolifération du tissu conjonctif ou stroma de l'ovaire. Ces altérations conduisent à la diminution de nombre et même à la disparition des vésicules de Graaf, à la transformation microkystique de l'organe et à la production de *corpora fibrosa*, dus à la dégénérescence hyaline des vésicules de Graaf.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Aldrich. The Neuroses of the Menopause caused by Intestinal Fermentation. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, déc. 1899, p. 149. — **Bacon.** The Anatomy and Physiology of the Visceral Sympathetic and Its Bearings on pelvic, abdominal and mental Troubles. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, déc. 1899, n° 6, p. 494. — **Benaroieff.** Die Lage des Ovariums. *Archiv. f. Gynæk.*, 59 Bd., Heft 3, p. 644. — **Bouilly.** Appendicite ou Annexite ? *La Gynécologie*, 15 déc. 1899, p. 481. — **Boya.** The interaction between the ovaries and the mammary glands. *British med. Journal*. 30 sept. 99, p. 830. — **Coplin Stinson.** An addition to the Enucleation Method of Ovariotomy, Hysterectomy, etc. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, n° 4, p. 315. — **Edwin Ricketts.** House to House operating. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 99, p. 659. — **Ewald Paul.** *Die Frauenkrankheiten, ihre Ursachen u. ihre schnelle. sichere Heilg. auf naturgemussem Wege.* L. Œertel, Hannover. — **Frank.** Ueber Genital-Tuberkulose. *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.* Bd. Heft 5, p. 629. — **Galbraith.** Are the Dangers of the Menopause natural or acquired. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, n° 4, p. 291. — **Gonsaléz Castro.** Notas clinicas de Ginecologia. *Annals de Obstetricia, Gynecopatia y Pediatria, anno* 19 nov. 99, n° 228, p. 321. — **Greene Cumston.** Carcinoma under the age of thirty. *The Boston medical and Surgical Journal*, 2 nov. 99, p. 433. — **Greene Cumston.** The Technique of Antisepsis and Asepsis in Gynæcological Surgery. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, n° 4, p. 328. — **Herman.** « Genesis » Das Gesetz der Zeugung, 1, Bd. Sexualismus in Generation. *Beiträge zur Sexual-Physiologie.* 2 Aufl. A. Straüch, Leipzig. — **Karl Abel.** *Die mikroskopische Technik f. Diagnostik in der gynäkologischen Praxis.* T. Hirschwald, Berlin. — **Krönig.** Welche Aforderungen sollen wir an bakteriologische Untersuchungen über Handedesinfektion stellen ? *Centr. f. Gynäk.*, n° 45, 11 nov. 99, p. 1361. — **Lefèvre V.-Ch.** Une forme commune de stérilité féminine et son traitement. *La Gynécologie*, 4e année, n° 415, août 99, p. 306. — **Leppman.** Gynäkologische Unfallfolgen. *Deutsche Aerzte-Zeitung*, 15 sept. 99, Heft 10, p. 209. — **Lomer.** *Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie.* J. F. Bergmann, Wiesbaden — **Mackenzie (H.).** Syphilitic Factor in the Diseases of Women. *Brit. med. J.*, 14 oct. 1899, p. 985. — **Malcolm.** A complicated convalescence from Ovariotomy with Remarks on the Origin of Parotitis after abdominal section. *British med. Journal*, 16 déc. 99, n° 2033, p. 1671. — **Mensinga.** Zur Vereinfachung der Gynäkologischen Assistenz. *Centr. f. Gynäk.*, n° 482, déc. 99, p. 1433. — **Mossé.** L'Opothérapie ovarienne. *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 1049. — **Orthmann.** *Leifladen f. den Gynækologischen Operations Kurs m. Berücksicht der Operationen an der Lebenden.* A. Georgi, Leipzig. — **Pautzer.** The Nose a Factor in Post-Operative Disease. Report of a

celiotomy followed by Malignant Septicemia of Nasal Origin ; Further Observations, Remarks. *American Journal of Obstetrics*, novembre 1899, p. 715. — **Runge**. *Männliche u. weibliche Frauen-Heilkunde*. Vandenhoeck et Ruprecht, Göttingen. — **Schmauch**. Ein Rankenneurom der weiblichen Genitalien. *Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, XLII Bd., Heft, p. 140. — **Skene Keith**. Three cases of Pelvic Trouble caused by Bicycling. *The Lancet*, 9 december 1899, p. 1538. **Sprecht**. The conditions under which we are to select the vaginal Route in preference to abdominal Section. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XII, sept. 99, p. 787. — **Strauch**. Zur Frage der Tubenwehen. *Centr. f. Gynäk*, n° 42, p. 1294. — **Thomas H. Manley**. Some Features of Hernia and Herniated conditions in the Female, especially Femoral and Ombilical. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XII, novembre 99, n° 2, p. 98. — **Veit**. *Gynäkologische Diagnostik*, I. Enke, Stuttgart. — **Voigt**. Beiträge zur Tuberkulose der weiblichen Geschlechts-Organe. *Archiv f. Gynäk.*, 59 Bd., Heft 3, p. 609. — **Voisin**. Démence épileptique paralytique, spasmodique à l'époque de la puberté. *Gazette hebdomadaire*, 24 déc. 1899, p. 613. — **Wheeler**. Surgery in its relations to the Female pelvic Organes. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, déc. 1899, p. 159.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET INSTRUMENTS. — **Abram Brothers**. Experiences with Intra-uterine vaporization. *American Journal of Obstetrics*, vol. XII, october 99, p. 498. — **Biermer**. Bemerkungen zu dem geschlitzten Speculum von Dr Zepler. *Centr. f. Gynäk.*, n° 41, 14 okt. 99, p. 1267. — **Falk**. Beitrag zur Kenntnis der Stypticinwirkung. *Monats f. Geburts. und Gynæk.*, Bd. X, Heft 4 oktober 99, p. 484. — **Howard A. Kelly**. A curette for cervical cancer. *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 1899, p. 829. — **Henrotay**. L'hypodermoclyse ferrique dans le traitement de l'aménorrhée essentielle. *Bulletin de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900 t. X, n°7, p. 214. — **Jacobs**. L'électro-hémostase. *Société belge de Gyn et d'Obst.*, année 1899-1900, n° 5, p. 167. — **Le Bayon**. De l'emploi des courants statiques induits comme traitement de choix dans l'incontinence d'urine chez la femme. *Revue médicale*, n° 285, 20 déc. 99, p. 505. — **Morton**. Electrostatic Currents and the Cure of Locomotor Ataxia, Rheumatoid Arthritis, Neuritis, Migraine, Incontinence of Urine, Sexual Impotence and Uterine Fibroids. *Medical Record*, 9 déc. 99, p. 845. — **Preiss**. Ueber das geschlitze Speculum *Centr. f. Gynäk.*, n° 50, 16 déc. 99, p. 1497. — **Rose**. Eine neue Behandlung der Coccygodynie. *Centr. f. Gynäk.*, n° 47, 25 nov. 99 p. 1413. — **Schlutius**. Vaporisatio uteri. *Wiener med. Presse*, 1899 p. 1705. — **Weber**. Das gespaltene und Fixirspeculum. *Centr. f. Gynäk.* n° 46, 18 nov. 99, p. 1387. — **Zander**. *Ueber die Anwendung des Thiol's bei Frauenkrankheiten*. B. Konegen, Leipzig. — **Zepler**. Ein Modifikation des Rohrenspeculum : geschlitzte Speculum. Doppelsschlitzspeculum. *Centr. f. Gynäk.*, n° 39, 30 sept. 99, p. 1185.

VULVE ET VAGIN. — **Bacaloglu et Fossard**. Deux cas de pseudohermaphroditisme (Gynandroïdes). *Presse médicale*, 6 déc. 99, p. 331 — **Baldj**. Kraurosis vulvæ. *The Am. J. of the med. Sc.*, n° 331, nov 99. — **Burgio**. Contributo clinica ed anotomo-patologica allo studio del fibro-miome della vulva. *Archiv. di Ostetricia e Ginecologia* agosto 99, p. 475. — **Clark (J.)**. A Critical summary of recen

Literature on gonorrhœa in women. *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. CXIX, n° 1, january 1900, p. 73. — **Cullingworth.** Two Clinical Lectures on retention of Menstrual Blood from Atresia of the vagina. *British Med. Journal*, n° 2036, 16 january 1899, p. 5. — **Ernt Meyer.** *Uber Kolpotomien.* F. Pietzcker, Tübingen. — **Glass.** Vaginal Colpotomy in the Treatment of Pelvic Disease. *Medical News*, 5 août 1899, p. 167. — **Hamann.** Œdema and Elephantiasis of the External genitalia, following Removal of the vaginal Glands. *Annals of Gyn. and Ped*, vol. XIII, october 99, n° 1, p. 1.— **Lauro.** Indicazioni, modo di azione e tecnica dello zaffo vaginale ed utero vaginale. *Archiv. di Obstetricia e Ginecologia*, agosto 99, p.485. — **Lingen.** Ein Fall von Perivaginitis phlegmonosa dissecans. *Archiv. f. Gynæk.* 59 Bd., Heft 3, p. 595. -- **Mirabeau.** Lymphangitis gonorrhoica. *Centr. f. Gynæk.*, n° 41. 14 okt. 99, p. 1259. — **Noto A.** Leucoplasia della vulva. Suoi rapporti clinici ed anatomo-patologici coll' Epitelioma. *Archivio di Obstetricia e Ginecologia.* anno VI, sett. 99, n° 9, p. 530. — **Riddle Goffe.** Vaginal celiotomy : its Scope and Limitation. *Medical News*, vol. LXXV, n° 15, 7 octobre 99, p. 449. — **Rovogli.** The Treatment of gonorrhea in the Female. *Medical News*, vol. LXXV, n° 21, 18 nov. 99, p. 641.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Clinton Cushing.** Postpartum Repair of Lacerations of the Cervix Uteri. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 99, p. 675. — **Donald.** Inversion of the Uterus. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, n° 4, p. 325. — **Hans Kauffmann.** Ueber Dauerresultate nach Vaginofixationen. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.*, XLII, Bd. Heft, 1, p. 157. — **Heidemann.** Ueber den Einfluss der Schädelform auf den Sitz der Dammrisse. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.* Bd. X, Heft 5, p. 581. -- **Inglis Parsons.** Procidentia and Prolapse of the Uterus. *Brit. med. Journal*, 14 oct. 1899, p. 975. — **Kleinwächter.** *Uterus verlagerungen, operative Uterusfixation u. die aus letzteren resultirenden Gebürtstörungen.* Urban et Schwarzenberg, Vienne. — **Longyear.** A. Simple, effective and Esthetic operation for Shortening the round ligaments. *Amer. Journal of Obstetrics*, november 99, p. 623.— **Monal Lesser.** Ventral fixation of the Round ligaments for retroversion and prolapsus Uteri. *Medical Record*, vol. 56, n° 16, 14 octobre 99, p. 551. — **Piccoli (G.).** Quattro casi di colpo-perineoplastica con processo proprio. *Arch. di Ost. e Ginec.*, anno VI, sett. 99, n° 9, p. 513 — **Spinelli.** Cura chirurgica radicale della genito-ptosi. *Archivio italiano di Ginecologia*, anno II, 31 oct. 99, n° 5, p. 418. — **Stouffs.** Prolapsus utérin irréductible ; hystérectomie vaginale ; guérison. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, ann. 1899-1900, n° 5, p. 183. — **Watkins.** The treatment of cystocele and Uterine prolapse after the Menopause. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, nov. 99, n° 5, p. 420. — **Walter B. Dorsett.** Shall we abandon Ventrofixation of the Uterus? *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 99, p. 813.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Abegg.** Das stypticin bei Gebärmutterblutungen. *Centr. f. Gynäk.*, n° 44, 4 nov 99, p. 1333. —**Augustus (P.), Clarke.** Observations respecting the Symptoms and Treatment of the Menopause. *American Journal of obstetrics*, novembre 1899, p. 599. — **Blondel (R.).** Uterus bipartitus unicollis

et vagin double. *La Gynécologie*, 4e année, n° 4, 15 août 99, p. — **Centurier**. Un nonveau cas de physométrie artificielle. *Médicale de la Suisse Romande*, 19e année, n° 11, 20 nov. 99, p. — **Davenport**. The erosion of the cervix uteri. *Brit. med. and Journal*, oct. 1899, p. 357. — **Henrotay**. Traitement de la métri de l'endométrite. *Bulletin de la Société belge de Gyn. et d'Obstétri* année 1899-1900, t. X, n° 7, p. 219. — **Kleinwächter**. Mangell Entwickel. des Uterus. *Wien. med. Presse*, 26 nov. 1899, p. 1 — **Milton Duff**. Hemorrhage and the Menopause. *Amer. Journa Obstetrics*, nov. 1899, p. 605. — **Pozzi** et **Latteux**. Sur une fo rare de métrite hémorrhagique. *Revue de Gynécologie et de Chir abdom.*, n° 5, 10 oct. 99, p. 771. — **Rondino**. Due casi di endome puerperale. *Archivio Italiano di ginecologia*, anno II, n° 5, p. 460 **Sneguireff**. Endometritis dolorosa. *Archiv. f. Gynæk.*, 59 Bd. 2, p. 277. — **Walton**. De l'endométrite et de son curettage. *So belge de Gyn. et d'Obst.*, ann. 1899-1900, n° 5, p. 131.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Amann**. U Totalexstirpation der carcinomatösen vagina zugleich mit myomati uterus, rechtsseitigem Ovarial, cysto-carcinom und linkeseitigem C rial cystom in continuo. *Monats.f. Gebürts. und Gynaek*, Bd X. He octobre 99, p. 457. — **Audebert**. Des polypes papillaires du col d leurs rapports avec la puerpéralité. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 18 p. 1021.— **Beckmann**. Zwei Fälle von Uterussarkom. *Zeits. f. Gebü und Gynäk.*, XLI Bd, Heft 3, p. 427. — **Bilhaut**. Hystérectomie section médiane abdominale. *Revue médicale*, n° 274, 4 octobre 99, 403. — **Bowremann Jessett**. The results of 107 cases of vaginal hy rectomy for carcinoma uteri performed during the last seven ye *The Lancet*. Londres, 18 novembre 1899, p. 1359. — **Boucaud** (d Cancer de l'utérus et grossesse de deux mois et demi. Limitation ap rente des lésions. *Revue mens. de gyn. obstétrique et pæd. de Bordea* octobre 1899, p. 464. — **Carstens**. Technique of abdominal Hy rectomy. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 99, p. 670. — **Car** Estadistica de histerectomias vaginales por fibroma uterinos. *El* gresso medico. Habana, sept. 1899, p. 80. — **Chavannaz**. Traite des lésions urétéro-rénales chez les cancéreuses utérines. *Rev. n suelle de Gyn, Obst. et Pæd. de Bordeaux*, t. I, nov, 99, p. 498,— **De sus**. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin masq une grossesse. *Semaine gynécologique*, 1899, p. 305. — **Faure**. Hy rectomie vaginale et laparotomie dans les suppurations annexielles. *Gynécologie*, 15 oct. 1899, p. 385. — **Fraïkin**. Accidents et com cations de l'hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd. des sciences médic de Bordeaux*, 29 octobre 1899, p. 518. — **Heitzmann**. Die pallia Behandlung der inoperablen Uteruscarcinome. *Centralblatt f. gesammte Therapie*, décember 1899, p. 705. — **Jacobs**. De l'hy rectomie totale abdominale. *Société belge de gyn. et d'obstétri* t. X, n° 6, 1899-1900, p. 191. —**Jacobs**. Fibrome utérin et k du parovarium. *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, a 1899-1900, t. X, n° 7, p. 212. — **Keiffer**. Tumeur intra-utérine (come polymorphe). *Société belge de gyn. et d'obst.*, t. X, n° 6, 1 1900, p. 198. — **Kellerhals Hans**. *Ueber der Werth der vagin Exstirpation des Uterus bei Carcinom. Bericht üb. 52 derart. Op tionen ausgeführt an der Bemer Klinik vom* 1/1/93 bis 1/7/98. I

H. R. Sauerländer et C°. Aaran. — **Leguen et Rebreyent.** De la pyométrie complication du cancer du col utérin. *Revue de Gynéc. et de Chirurgie abdom.*, n° 5, 10 oct. 1899, p. 783. — **Lockharte.** The Operative Treatment of Uterine Fibroids. *The American Gynaec. and Obst. Journal*, vol. XV, déc. 1899, n° 6, p. 526. — **Möller Elis Essen.** *Klinische u. pathologisch anatomisch Studien zur Ætiologie des Uterus-myoms.* Diss. S. Karger. Berlin. — **More Madden.** Treatment of uterine cancer. *Brit. med. j.*, 14 oct. 1899, p. 991. — **Münch.** *Ein Fall v. Sarkom der Portio vaginalis uteri.* Diss. Speyer et Kaerner. Freiburgi Br. — **Nicoletis.** Six cas de colpo-hystéro-salpingo-ovariectomie avec extirpation des ligaments larges par un nouveau procédé. *Archives provinciales de chirurgie*, 1899, p. 680. — **Pozzi.** Indications opératoires pour les fibromes utérins. *Semaine gynécologique*, 1899, p. 305. — **Roxas.** La métrite del collo ed il cancroide della porzione vaginale. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VI, agosto 1899, p. 458. — **Sherwood-Dunn.** Choice of Method for Total Hysterectomy and some points of Technique. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 1899, p. 578. — **Wollgren.** Ein Fall von eigenartiger Uterusneubildung. *Monats.f. Gebürts. und Gynaek.*, Bd. X, Heft 5, p. 626. — **Williamson.** Sarcoma of the Uterus with Inversion. *Lancet*, nov. 1899, p. 1294. — **Wiener (J.).** The Early Diagnosis of Uterine Cancer. *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 1899, p. 792. — **Wilms.** *Die Mischgeschwulste. 2 Heft. : Die Mischgeschwülste der vagina u. der cervix uteri* (traub. Sarkome), A. Georgi Leipzig. — **Williams (W. Roger).** The surgical treatment of uterine cancer. *Brit. med. j.*, 21 oct. 1899, p. 1086. — **Zipperlen.** *Die Totalexstirpation des septischen Uterus.* F. Pietzcker Tübingen.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Blume.** Intestinal adhesions in suppurative Pelvic Disease. their significance after vaginal hystero-salpingo-Oophorectomy with report of a case of Ileus. *Amer. Journal of Obstetrics*, november 1899, p. 628. — **Crile (G. W.).** Laparotomy for tubercular peritonitis. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XII, sept. 1899, p. 804. — **Delangre.** De la Colpotomie dans l'hématocèle rétro-utérine. *Annales médico-chirurgicales du Hainaut*, 7e année, n° 12, décembre 1899, p. 231. — **Ernest Gallant.** The Diagnosis of Tubercular Peritonitis. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XL, october 1899, p. 470. — **Haden.** A plea for early operation in appendicitis. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, novembre 1899, n° 2, p. 84. — **Jayle.** Traitement de la salpingo-ovarite par l'ablation des deux trompes avec conservation partielle ou totale d'un ovaire. *Presse médicale*, 30 déc. 1899, n° 104, p. 375. — **Keiffer.** Abcès ovarien gonococcique, latent pendant toute la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Laparotomie, guérison. *Société Belge de Gyn. et Obstétrique*, t. X, n° 6, 1899-1900, p. 204. — **Keiffer.** Hématocèle rétro-utérine d'origine gravidique. *Société Belge de Gyn. et d'Obstétrique*, t. X, n° 6, 1899-1900, p. 202. — **Meriwether.** A study of 61 cases of appendicitis 30 of whom were operated upon. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, november 1899, n° 2, p. 73. — **Moya (P.).** A proposito de afecciones salpingianas. *Anales de Obstetricia Ginecopatia y Pediatria*, ano XIX, num. 226, p. 257. — **Otto V.**

Franqué. Salpingitis nodosa isthmica und adenomyoma tubœ. *Zeit f. Gebürts. uned. Gynäk.*, XL, 11, Bd. 1 Heft, p. 41. — **Sippel (A.)** Drainage und Peritonitis. *Monats. f. Gebürts. uned. Gynäk.*, Bd X, Heft, 4 oktober 1899, p. 476. — **Stratz**. Zur Behandlung de Beckenperitonitis. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.*, XL, 11, Bd. Heft, 1 p. 104. — **Walter B. Chase**. Intrapelvic adhesion. *Amer. Journal o Obstetrics*, vol. XL, october 1899, p. 479. — **William H. Humiston** One form of ovarian disease not generally recognized ; Primary sclero sis of the ovary. *Amer. Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 652.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE. — **Alban Nast-Kolb**. — *Zwei Fälle v. retrouterinem subperitonealem Tumor*. J. PIETZCKER, Tübingen — **Bouilly**. Néoplasme de l'ovaire compliqué d'accidents fébriles e de troubles réflexes ; ablation, guérison. *Semaine gynécologique* 1899, p. 329. — **Boursier et Monod**. Sur les kystes simultanés de deux ovaires. *Revue Mensuelle de gyn. obst. et pæd. de Bordeaux* octobre 1889, p. 446. — **Contin**. Contributo alla casistica dei sarcom dell'ovario. *Arch. di ostetricia e ginecologia*, agosto, 1899, n° 8 p. 449. — **Crawford E. Fritts**. Dermoid Cysts of the ovary. *Annal of gynec. and Pediatry*, vol. XII, sept. 1899, p 795. — **Dartigues** Diagnostic et traitement des tumeurs solides de l'ovaire. *Revue d gynéc.*, 3e année, n° 6, 10 déc. 1899, p. 1013. — **Dartigues**. Symp tomatologie des tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de gynécologie e de chirurgie abdominale*, n° 5, 10 oct. 1899, p 793. — **Eberlin (A.)** Castration bei vaginal defect und Uterus rudimentarius. *Zeits. f. Gebürts und Gynäk.*, XLII Bd. 1 Heft, p. 59. — **Gangolphe**. Deux kyste ovariques avec torsion du pédicule. *Bulletin de la Société de chirurg* de Lyon, t. II n° 3, mars-avril 1899, p. 235. — **Gottschall** Ein neuer typus einer kleincystischen bösartigen Eierstockgeschwulst. *Archiv f. Gynäk* ; 59 Bd., Heft 3, p. 676. — **Herrotin (F.)**. Myoma ovarii; endothelioma ovarii ; calcified Corpu Luteum. *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 1899, p. 781. — **James Bullitt**. Mammoth ovarian tumors. — Report of a cyst weighing 24 Pounds *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, november 189 n° 2, p. 115 — **Jentzer**. Experimentelle Uhtersuchungen zur Frag der Castrationsatrophie. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk*, XLII Bd. I Hef p. 66. — **Jonnesco**. Hystérectomie abdominale totale pour kyste d l'ovaire. *Bull. et mém. de la Société de chir. de Bucarest*, mars 189 p. 7. — **Jonnesco**. Kyste de l'ovaire, pédicule tordu. *Soc. chir. Buca rest*, mars 1899, p. 26. — **Koch**. *Die doppelseitige ovariotomie bei bestehe der Gravidität*. Speyer et Kaerner Freiburg. — **Krukenberg (R.)** Beitrag zur Kenntniss des Perithelioma ovarii. *Zeits. f. Gebürts un Gynäk.*, XLI Bd, Heft 3, p. 473. — **Ludwig Kleinwächter**. Zu Capitel « Parovarialcysten ». *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.* XLI B 3 Heft, p. 396. — **Meigs (J. V.)**. Dermoid cyst of the ovary wit twisted pedicle in a child of ten years; operation with recover *Boston med. and surg. Journal*, 28 sept. 1899, p. 316. — **Mirabeau** Perithelioma ovarii cysticum. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.* Bd X Heft, 4 Oktober 1899, p. 462. — **Macrez (P.)**. Des tumeurs papi laires de la trompe de Fallope. *La Gynécologie*, 15 oct. 1899, n° p. 400. — **Otto V. Herff**. Ueber Carcinombildung immitten d Beckenzellgewebes der Scheiderumgebung. *Zeits. f. Gebürts. un*

Gynäk., XLI Bd, Heft 3, p. 407. — **Peterson (R.).** Ovarian Cyst with Twisted pedicle : Report of a case. *The Amer. gynæc. and obst. Journal*, V. XV, nov. 1899, n° 5, p. 417. — **Rosinski.** Lymphangiektatisches Adenomyom des ligamentum rotundum. *Centr. f. Gynäk.*, n° 52, 30 déc. 1899, p. 1545. — **Rufus B. Hall.** Retroperitoneal tumors, with Report of a case and Presentation of specimen. *Amer. Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 649. — **Schramm.** Totalexstirpation grossen mesenterial cyste. *Berliner klinische Wochenschrift*, 25 décembre 1899, n° 52, p. 1137. — **Severeano.** Diagnostic diff. de kyste abdominal. *Soc. chir. Bucarest*, mars 1899, p. 20. — **Thomas Barker Easturan.** Hemostasis in the tubo-ovarian pedicle. *American Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 663. — **Westphalen.** Beitrag zur Anatomie des pseudomyxoma peritonei nach Ruptur von gallertige Pseudomucinkystomen. *Archiv. f. Gynäk.*, 59, Bd Heft 3, p. 632. — **Winter.** Ein Fall von Achsendrehung des uterus bei linksseitigem Kystoma ovarii mit Verlagerung des Tumors auf die rechte Seite. *Centr. f. Gynäk.*, n° 39, 30 sept. 1899, p. 1190. —

ORGANES URINAIRES. — **Benckiser.** Ueber abnorm ausmündende Ureteren und deren chirurgische Behandlung. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.*, XLI Bd, Heft 3, p. 413. — **Carmelo Carrillo y Lubero.** De la incontinencia de orina en la mujer consecutiva a operationes de restauración sobre la vejiga y la metra. *Anales of obstet. ginecol. y pediatria*, and XIX, octobre 99, p. 289, n° 229. — **Cramer.** *Ueber Blasenscheidenfisteln u. besond. Berücksicht e. an der Tübinger Frauenklinik operierten Falles. Diss.* F. Pietzcker, Tübingen. — **Garrigues.** Case of persistent fetal Bladder in a forty-five-year-old woman. *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 1899, p. 818. — **Howard A. Kelly.** The reflux of Air into the Ureters through the Air Distended Bladder in the Knee-Breast-posture. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XL, october 1899, p. 468. — **Laroyenne.** Traitement opératoire de la cystocèle vaginale par un procédé spécial de cysto-hystéropexie. *La Semaine gynécologique*, Paris, 10 oct. 1899, p. 321. — **Martin.** Zur Ureterenchirurgie. *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.*, Bd X, Heft 4, oktober 1899, p. 446. — **Meyer.** Zur Casuistik der Erkrankungen an der weiblichen Harnröhre. *Archiv f. Gynäk.*, 59 Bd, Heft 3, 618. — **Morris.** Calculus in the Ureter. *The Lancet*, n° 3981, 16 déc. 1899, p. 1644. — **Olshausen (R.).** Beitrag zur Verirrung der Ureteren und ihrer Behandlung. *Zeits. f. Geburts. und. Gynäk.*, XLI Bd, Heft 3, p. 423. — **Ries (E.).** Incontinence of urine : report of a Peculiar case. *The Amer. gynæc. and obst. Journal*, v. XV, nov. 1899, n° 5, p. 411. — **Simpson.** Post-operativeacute Toxic Hypearemia and inflammation of the kidney. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 1899, p. 692. — **Swope.** Suprapubic cystotomy for the removal of a large Encysted calculus containing a Hairpin. *Amer. Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 705 — **Vitrac.** Décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 14 déc. 1899, p. 1190. — **Walker.** A case of cystitis of long standing complicated by chronic malaria together with Huggish liver and habitual constipation. *Annales of Gynæc. and Pediatry*, vol. XIII, déc. 1899, p. 187

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dunning.** Ectopic gestation : shall the case be operated upon, at or near term, the child being alive. *Am. J. of Obst.* novemb. 1899, p. 592. — **Marsi.** Deux colpo-

cœliotomies pour grossesse extra-utérine. *La Gynécologie*, 15 oct. 18
n° 5, p. 394.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Harris**. Preparation of the abdo
for operation. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XI, october 1
p. 461. — **Henry O. Marcy**. Sudden increase of intra-abdominal P
sure, a possible danger in the operation for the cure of Old,
large retained hernia. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII,
1899, p. 186. — **Hessenger**. Hæmostatis in intrapelvic surgery. *M*
cal Record. New-York, 22 juin 1899, p. 114. — **Howard A. Ke**
The exploration of the abdomen as an adjunct to every celioto
Medical News, december 16, 1899, whole n° 1405, p. 784. — **Jon**
co. Nouveaux procédés de sutures abdominales sans fils perdus.
Presse médicale, 1er nov. 1899, p. 257. — **Lapthom Smith**.
nia following abdominal operations. *Pacific medical Journal*.
Francisco, novembre, 1899, p. 670. — **Lauwers**. De l'obstruction in
tinale consécutive aux opérations intra-abdominales. *Bulletin*
Soc. belge de gyn. et d'obst., année 1899-1900, t. X, n° 7, p. 207
Macpherson Lawrie. Fifty cœliotomies for diseases of the uterus
appendyx. New method. *Brit. med. J.*, 14 oct. 1899, p. 978
Pfaff. Abdominal versus vaginal section in the treatment of pe
disease. *Amer. Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 708. — **Rich**
son. Acute abdominal symptoms demanding immediate surgical
tervention. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 2 nov. 1
p. 433. — **Tod Gilliam**. What shall we do with the post-opera
hemorrhage of celiotomy ? *Amer. Journal of Obstetrics*, noven
1899, p. 636. — **Wesley Borée**. Intestinal obstruction from bil
calculi. *Annals of Gynæc. and Pediatry*, vol. XIII, déc. 1899, p.
— **Wesley Boree**. The use gloves in abdominal surgery. *Amer*
Journal of Obstetrics, vol. XI, 6 october 1899, p. 491.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Reid (A.)**. The causes which render diff
the labours of civilised women. *Brit. med. Journal*, 14 oct. 1
p. 983. — **Veit**. Ueber Vorderhaupts-Lagen. *Zeits. f. Gebürts.*
Gynäk., XLII Bd, Heft 1, p. 147. — **Wheat**. A case of super-
tion. *The Boston med. and surg. Journal*, vol. CXLI, n° 21, 23
1899, p. 521.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉT
CALES. — **Blacher**. Noch ein Beitrag zum Bau der menschli
Eihüllen. *Archiv f. Gynäk.*, Bd 59, Heft 2, p. 314. — **Blumre**
Der Einfluss der Gravidität auf die Blutalkalescenz. *Archi*
Gynæk., 59 Bd, Heft 3, p. 699. — **Ferroni**. La pressione arte
nello stato puerperale. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*,
XXI, nov. 99, p. 873. — **Ferroni**. Ricerche ed osservazioni
sangue della madre e sul sangue del feto. *Annali di Ost. et*
anno XXI, octobre 1899, 10, p. 791. — **Leopold Bott** et **March**
Zur Entwicklung und dem Bau der menschlichen Placenta. *Arch*
Gynæk., Bd 59, Heft III, p. 516. — **Nauninci**. Ricerche sul
portamento dei leucocite in gravidanza e durante il periodo dige
delle gravide. *Archivio italiano di Ginecologia*, anno II, n° 5, p.

— **Paladino**. Della genesi è del tempo nel quale compaiono le cellule gigantesche nella placenta umana. *Archivio italiano di ginecologia*, anno II, n° 5, p. 458. — **Payer**. Ueber den Einfluss des Zuckers auf den Stoffwechsel der Schwangeren und auf den Geburtsverlauf. *Monats. f. Geburts. und Gynæk.*, Bd X, Heft 5, p. 559. — **Sfameni**. Sulla composizione chimica della placenta e del sangue fœtale nel momento del parto. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXI, nov. 1899, n° 11, p. 851.

GROSSESSE. — **Keiffer**. Rupture de l'amnios à 5 mois et continuation de la grossesse jusqu'à 8 mois. *Bulletin de la Société belge de Gyn. et d'Obstétrique*, année 1899-1900, t. X, n° 7, p. 218. — **Nückel (W.)**. Ueber Schwangerschaft im atretischen Horn eines Uterus bicornis unicollis. *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.*, Bd X, Heft 5, p. 590.

DYSTOCIE. — **Balin**. Zwei Falle von Geburt bei doppelter Gebärmutter und Scheide. *Centr. f. Gynäk.*, n° 48, 2 déc. 1899, p. 1439. — **Braun-Fernwald**. Weitere Erfahrungen über das spondylolisthetische Becken. *Archiv für Gynæk.*, 59 Bd, Heft 3, p. 662. — **Bué**. Faits cliniques relatifs à la dystocie par rétraction exagérée de l'anneau de Bandl. *Le Nord médical*, 1899, p. 241. — **Cults**. Some causes of maternal dystocia. *Annals of Gyn. and Pediatry*, vol. XII, sept. 1899, p. 799. — **Doléris**. Fibromes utérins et grossesse. *La Gynécologie*, 15 déc. 1899, p. 493. — **Keiffer**. De l'accouchement après l'hystérectomie vaginale et après l'amputation du col. *Bulletin de la Société belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, X, n° 7, p. 219. — **Gardini**. Gravidanza in donna con utero biloculare e vagina duplice. *Annal. di Ostetricia e Ginec.*, anno XXI, sett. 1899, n° 9 p. 705. — **Rosenwasser**. Report of Four additional cases of uterine fibroids complicating pregnancy. *Amer. Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 608. — **Rühl**. Zur Behandlung schwerer Gebürtsstörungen nach Vaginofixation des Uterus. *Centr. f. Gynäk.*, n° 51, 23 déc. 99, p. 1513. — **Schütte**. Ueber Geburtscomplicationen nach ventro-fixatio uteri. *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.* Bd X, Heft 4, 6 october 1899, p. 489. — **Werder**. Two cases of dystocia following ventro-fixation, one requiring Cesarean section. *American Journal of Obstetrics*, nov. 1899, p. 615.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dunning**. Ectopic gestation : Shall the case be operated upon at or near term, the child being alive? *Amer. Journal of Obstetrics*, november 1899, p. 592. — **Gouilloud**. Une observation de grossesse extra-utérine. *Bulletin de la Faculté de Chirurgie de Lyon*, t. II, n° 3, mars et avril, 1899, p. 185. — **Kreutzmann**. Three Cases of extra-uterine pregnancy. *Pacific Medical Journal*, vol. XLII, n° 12, déc. 1899, p. 743. — **Leopold**. Beitrage zur graviditas extra-uterina, die graviditas tubo-ovarialis. *Archiv f. Gynæk.*, 59 Bd, Heft 3, p. 557. — **Osmont**. Un cas de grossesse tubaire. *L'Année médicale de Caen*, 1501, 1899, p. 151. — **Perkins**. Tubal pregnancy and dermoid cysts : report of a case. *Medical News*. New-York, 4 novembre 1899, p. 585. — **Van Hassel**. Grossesse abdominale *Société belge de gyn. et d'obst.*, ann. 1899-1900, n° 5, p. 185.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne**. Ueber antenatale Therapie. *Wien. med. Presse*, 12 nov. 1899, p. 1904. —

Bergeret. Le marteau de Mayor appliqué à la mort apparente che nouveau-né. *Quinzaine médicale*, 1er décembre 1899, p. 295. — **B tino**. Osservazioni sulla patogenesi di un caso di eventrazione con nita. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXI, sett. 1899, n p. 735. — **Burcklard**. Little'sche Krankheit als Folge von Geburts rungen. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.*, XLI Bd, Heft 3, p. 463. **Coley**. Congenital hernia of the umb.-cord. *Med. Record*, 4 nov. 18 p. 667. — **Doherty**. Fracture and other injuries of the child dur delivery. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XV, nov. 18 n° 5, p. 393. — **Hamilton (E.)**. A case of Exencephalus with sp men. *American Journal of Obstetrics*, vol. XL, october 1899, 504. **Heymann**. Ein Fall von durch Umstechung und Naht geheilter Nat blutung bei einem kongenital syphilitischen Neugeborenen. *Cen f. Gynäk.*, n° 44, 4 nov. 1899, p 1329. — **Keiffer**. A propos de mort apparente chez les nouveau-nés. *Bulletin de la Société belge gyn. et d'obst.*, année 1899-1900, t. X. n° 7, p. 216. -- **Meyer**. *Ue epitheliale Gebilde im Myometrium des fœtalen u. kindlichen Uterus e chlieslich des Gartner'schen Ganges*. S. Karger, Berlin. — **Richard Worger**. Extraordinary development of the genital organs in male fœtus. *The Lancet*, 9 décember 1899, p. 1587. — **Wolff**. Ue eine Drillings-Geburt mit einem Acardius. *Archiv f. Gynäk.*, Bd Heft 2, p. 294.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Braun Fernwald**. Ueber di den letzten Jahrere ausgeführten. Sectiones cæsaræ. *Archiv Gynäk.*, Bd 59, Heft 2, p. 320. — **D'Alessandro**. Il Taglio cesa vaginale. *Archivio Italiano di ginecologia*, anno II, n° 5, p. 433. **Hahn**. Elf konservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnit *Centr. f. Gynäk.*, n° 49, 9 déc. 1899, p. 1457. — **Heim Bollenhag** Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Zeits. f. Gebu und. Gynäk.*, XL Bd, Heft 3, p. 440. — **Heymann**. Ueber Meth und Indicationen der künstlichen Unterbrechung der Schw gerschaft. *Archiv f. Gynäk.*, Bd 59, Heft III, p. 404. — **Hu Hübl**. Ueber den queren Fundusschnitt nach Fritsch. *Monats. Geburts. und. Gynäk.*, Bd X, Heft 4, oktober 1899, p. 417. **Jarrett**. The induction' of premature labor in cases of albuminu *Medical Record*. New-York, 30 sept. 1899, p. 474. — **John C. M. C** Embryotomy and two cesareans sections on the same patient. *Ameri Journal of Obstetrics*, vol. XL, oktober 1899, p. 508. — **Kleinwächt** *Ueber die Technik der Einleitung des Abortes*. B. Konegen, Leipz — **Lomer**. *Ueber künstlichen Abortus bei Allgemeinerkrankungen Mutter*. M. Shohr. Leipzig. — **Magniaux**. Forceps au détroit supéri dans les bassins rachitiques. *Tribune médicale*, 1er nov. 1899, p. 8 — **Petersen**. Zwei Fälle von konservativer Sectio cæsarea. *Centr. Gynäk.*, n° 47, 25 nov. 1899, p. 1409. — **Zangemeister**. Soll die P foration stets mit der Extraktion des Kindes verbunden werden? *Ce f. Gynäk.*, n° 40, 7 oktober 1899, p. 1232.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT DES SUITES DE COUCHES. — **Anderson**. Report of a case compl hernia of the Pregnant uterus. *Annals of gynec. and pediatry*, v XIII, november 1899, n° 2, p. 111. — **Audebert**. De l'enchatonn ment du placenta *Archives médicales de Toulouse*, 1er nov. 18 p. 469. — **Brigham**. Eclampsia. *Annals of Gynecology and Pedia*

vol. XIII, déc. 1899, p. 175. — **Chaleix-Vivie**. Note sur un cas mortel d'intoxication hydrargyrique obstétricale (cyanure de mercure). *Rev. mensuelle de gyn. obst. et péd. de Bordeaux*, t. I, nov. 1899, p. 507. — **Chambrelent**. De l'épilepsie pendant la grossesse, son influence sur l'état de santé de l'enfant. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 49, 3 déc. 1899, p. 582 et n° 50, 10 déc. 1899, p. 592. — **Cortiguera**. Dilatacion completa, gran dilatabilidad del cuello en el noveno mes del embarazo. Dolores intermitentes. Parto à los veinte dias. *Annals de Obstetricia Ginecopatia y Pediatria*, ano XIX, décembre 1899, n° 229, p. 353. — **Currie**. The treatment of post partum Hemorrhage. *Boston med. and surg. Journal*, vol. CXII, n° 20, 16 nov. 1899, p. 894. — **De Grandmaison**. Fièvre typhoïde et grossesse. *Archives générales de médecine*, décembre 1899, p. 701. — **Doktor**. Uterusruptur mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle Sectio Cæsarea, Heilung. *Centr. f. Gynäk.*, n° 52, 30 déc. 1899, p. 1537. — **Draper**. Criminal abortion with a « dying declaration ». *The Boston medical and surgical Journal*, 9 novembre 1899, p. 461. — **Estor** et **Puech**. Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. *Revue de gynécologie*, 3e année, n° 6, 10 déc. 1899, p. 963. — **Ferroni**. Ricerche anatomische e cliniche sulla placenta marginata. *Archivio italiano di ginecologia*, anno II, n° 5, p. 467. — **Foro**. Puerperal Eclampsia. A study of seventen cases in country Practice. *Annals of Gyn. and Ped.*, vol. XIII, oct. 1899, n° 1, p. 8. — **Frankel**. Kreissender Uterus im Placenta prævia totalis. *Archiv f. Gynæk.*, 59 Bd., Heft 3, p. 623. — **Glidden**. Report of a case of a puerperal sepsis and What it teachs. *Annals of gynecology and pediatry*, vol. XIII, déc. 1899, p. 169. — **Greene Cumston**. The gonorrheal Puerperium. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XL, october 1899, p. 433. — **Guérard**. Uterus ruptur bei Eclampsie Zwillinge, Austritt des Eies zwischen die Blätter des Lig. latum, Cœliotomie-Heilung. *Monats. für Geburts. und Gynaek.*, Bd X, Heft 5, p. 638. — **Guyon** et **Albarran**. Des hématuries pendant la grossesse. *Assoc. française d'urologie*, Paris, 1899. — **Knapp**. *Ueber puerperale Eklampsie u. deren Behandlung*. S. Karger, Berlin. — **Kuehne**. Beitrag zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum. *Monats. f. Geburts. und Gynæk.*, Bd X, Heft 4, oktober 1899, p. 432. — **Levinowitsch**. Bakteriologische Untersuchung des Blutes bei Eklampsie. *Centr. f. Gynäk.*, n° 46, 18 nov. 1899, p. 1385. — **Miranda (G.)**. La patogenesi e la cura dell'Eclampsie puerperale. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VI, sett. 1899, n° 9, p. 541. — **Murdoch Cameron**. Rupt. of the uterus at Full term. — *Brit. med. Journ.*, 14 oct. 1899, p. 972. — **Newell**. An analysis of the cases of eclampsia occuring at the Boston Lying-in Hospital during the last fifteen years. *The Boston med. and surgical Journal*, 9 novembre 1899, p. 466. — **Peiser (E.)**, Beitrag zur Pathologie der Placenta. *Monats. f. Geburts. und Gynæk*, Bd. X, Heft 5, p. 613. — **Piering**. *Ueber den Abortus*, Berlin. — **Ponfick**. Ueber Placenta prævia. *Berlin. klin. Woch.*, 1899, n° 35, p. 761. — **Ross**. Rupture of the puerperal uterus. *Amer. Journal of Obstetrics*, déc. 1899, p. 820. — **Scheffelar Klots**. Emphysema subcutaneum wahrend des Gebäractes entstanden. *Zeits. f. Gebürts. u. Gyn.*, XLI, Bd 3, Heft, p. 357. — **Seigneux**. Un cas de septicémie traité avec succès par le sérum de Marmorek. *Revue médicale de la Suisse romande*, 19e année, n° 12, 20 déc. 1899, p. 729. — **Strorer**. The treatment of inertia and subinvolution. *Amer. Journal of Obstetrics*,

novembre 1899, p. 685. — **Simard**. Traitement du placenta prævia à insertion centrale. *Le Bulletin médical de Québec*, 1899, t. I, p. 3. — **Stoeckel**. Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhoea uteri gravidi. *Centr. f. Gynäk.*, n° 45, 11 nov. 1899, p. 1353. — **Vanzetti**. Di un caso di tumore maligna der villi del corion. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXI, sett. 1899, n° 9, p. 723. — **Warden**. Treatment of puerperal infection. *British med. Journal*, 14 oct. 1899, p. 989.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Douglas Ayres**. Some practical experience in asepsis and antisepsis in obstetrics. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII déc. 1899, p. 164. — **Matthaeis (de)**. Contributo alla trazione assile *Archivio di ostetricia e ginecologia*, agosto 1899, p. 482. — **Mueller** *Geburtshilfliches Taschenphantom zur Darstellung des Beckenausgangs. Mechanisms der Kopflagen u. der Operationen bei denselben nebst e Besprechg. der Eintheilg. Diagnose, Pathologie u. Therapie der Kopflagen*. J. F. Lehmann's Murrich. —

VARIA. — **Cabanès**. Comme quoi une femme peut engendrer sans avoir eu commerce avec l'homme. *Gazette des hôpitaux*, n° 147, 30 déc 1899, p. 1412. — **Döderlein**. Leitfaden f. den Geburtshilflichen Operationskurs. A. Georgi, Leipzig. — **Feinberg**. Langdauernde Amenorrhœ bei Nichtstillenden nach normaler Geburt und Wochenbett. *Centralb. f. Gynäk.*, n° 48, 2 déc. 1899, p. 1435. — **Gleaves** Parturition among the Exkimos. *Pacific Medical Journal*, vol. XLII n° 12, déc. 1899, p. 723 — **Hans Ferdy**. *Die Mitte zur Verhütung der Conception*. M. Spohr. Leipzig. — **Ill (E. J.)**. The Rights of the Unborn. The prevention of conception. *American Journal of Obstetrics*, november 1899, p. 577. — **Kupffer (C.)**. *Festschrift zum 7 Geburtstag*. G. Fischer, Iéna. — **Kleinschmidt**. *Vademecum f. de Geburtshelfer*. J. Lindauer. Munich. **Knapp (L.)**. — *Geburtshilfliche Pr pädeutik, ein Leitfaden zur Einführg. in das Studium der Geburtshilf* W. Braumüller, Wien. — **Norsa**. Rapporta fra le funzioni e lesion dell' apparato genitale muliebre e le malattie oculari. *Archivio italiano di ginecologia*, anno II, n° 5, p. 470. — **Opitz**. Daserkenne abgelaufener früher Schwangerschaft an ausgeschabten Schleimhaut bröckeen. *Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, XLII Bd, 1 Heft, p. 1. — **Piccoli**. Importanza dell'esame istologico dell'utero e della misur micrometrica delle fibre uterine pe la diagnosi di un avvenuto aborto dell'epoca della gravidanza in donna morta. *Archiv. di Ostetrici ginecologia*, agosto, 1899, p. 493. — **Rapin**. Physométrie artificiell comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travai *Revue médicale de la Suisse Romande*, 19e année, n° 11, 20 nov. 189 p. 688. — **Runge Max**. *Lehrbuch der Geburtshulfe*, XIV, J. Springe Berlin. — **Shibata**. *Geburtshülfliche Taschen-Phantome*. J. F. Leh mann's Ve.l. Munich.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES

CAS DE FIBROMES COMPLIQUÉS DE GROSSESSE (1)

Par M. H. Delagénière (du Mans).

Il n'est pas rare de se trouver en présence de grossesse évoluant dans un utérus fibromateux. Dans quelques cas même, c'est à peine si la grossesse peut être considérée comme une complication, l'accouchement pouvant se faire, pour ainsi dire, normalement. C'est que de nombreux facteurs entrent en ligne de compte et modifient, selon leur importance respective, les données du problème. C'est ainsi qu'un fibrome pédiculé sur le col ou sur le fond de l'utérus n'entravera pas la grossesse. De même, le volume de la tumeur présente une importance très grande. Un petit fibrome interstitiel sera habituellement sans importance, tandis qu'un gros fibrome empêchera l'accouchement.

Il faut aussi tenir compte du siège de la tumeur par rapport à la ceinture osseuse du bassin, du point d'insertion du placenta, de l'âge du fœtus, de sa vitalité, de sa présentation, etc.

Il en résulte que le chirurgien appelé à donner ses soins à une femme enceinte atteinte de fibrome doit avoir, sur la question, une opinion arrêtée sous peine d'être exposé à perdre un temps précieux, ce qui aura pour conséquence la mort du fœtus ou même encore celle de la mère. Mais pour se faire une opinion il nous paraît indispensable d'étudier d'abord les moyens dont nous pouvons disposer pour mener les choses à bien.

(1) Communication à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris.*

La première idée qui se présente est de pratiquer l'avortement ou l'accouchement provoqué, d'arrêter dans son cours cette grossesse cause de tout le mal, ou de la terminer avant l'apparition des accidents. L'utérus devenu vide se trouvera dans les même conditions qu'avant la grossesse ; ce sera toujours un utérus fibromateux exposant la malade aux accidents des fibromes ordinaires, mais la grave complication de la grossesse sera écartée.

Malheureusement, cette conception simpliste n'a pas donné, dans la pratique, les résultats qu'on pouvait en attendre. D'après Pozzi, sur 147 cas réunis par Susserott, il y aurait eu une mortalité de 53 pour 100 pour la mère, et de 66 pour 100 pour les enfants. Ces chiffres sont assurément exagérés, car les observations dont il s'agit sont antérieures à 1870, c'est-à-dire à l'ère antiseptique. Or, sur ces 147 cas, il y a eu 20 applications de forceps, 20 versions et 21 délivrances artificielles, ayant donné 33 morts pour la mère et 30 morts pour le fœtus, proportion qui ne serait certainement pas atteinte aujourd'hui que les méthodes aseptiques et antiseptiques sont connues et appliquées. Néanmoins, cette statistique de Susserott, même modifiée et améliorée, reste écrasante pour la méthode d'avortement et de l'accouchement provoqué. Du reste, une statistique toute récente (1895) de Kirscheimer, relatée par Kelly, accuse une mortalité de 40 pour 100 pour la mère dans l'accouchement ou l'avortement provoqué. On doit donc renoncer à cette méthode *et la bannir absolument*. Elle est considérablement plus grave pour la mère et pour l'enfant que les opérations radicales telles que l'opération de Porro, l'hystérectomie totale, qui, au premier examen, pourraient paraître plus sérieuses.

En vain pourra-t-on objecter qu'avec des précautions antiseptiques rigoureuses on aura des résultats meilleurs ; nous répondrons qu'en dehors des accidents infectieux immédiats il est une foule d'accidents impossibles à prévoir. L'insertion inférieure du placenta (obs. IV) pourra amener une hémorrhagie mortelle ou très grave. Le même accident sera à craindre si le placenta s'insère sur la zone occupée par la tumeur ; après

l'accouchement, la rétraction du tissu utérin ne pourra pas se faire et l'hémorrhagie sera terrible. L'introduction de la main pour faire la version (obs. 1) ou du forceps pour saisir la tête pourront causer la rupture de la matrice entre deux tumeurs fibreuses d'après un mécanisme analogue à celui qui a provoqué l'éclatement de l'utérus chez notre malade de l'observation 1.

En un mot, la malade est exposée à un grand nombre d'accidents prévus ou imprévus qui doivent faire délaisser absolument la méthode de la délivrance par les voies naturelles.

Nous devons examiner maintenant les autres modes d'intervention. Les uns se proposent de s'attaquer directement aux fibromes pour laisser évoluer la grossesse normalement; les autres laissent aller la grossesse aussi loin que possible et interviennent alors pour supprimer la matrice en tout ou partie après avoir délivré la femme par la voie abdominale.

Intervention sur le fibrome seul. — Ces interventions ne sont autres que des myomectomies; mais, en raison des nombreuses variétés de fibromes que l'on peut rencontrer, ces myomectomies peuvent présenter entre elles des différences considérables. Nous n'insisterons pas sur les ablations faciles et inoffensives des polypes implantés sur le col. Le fibrome interstitiel du col, présentant un volume capable de gêner l'accouchement, sera plus difficile à extirper ; cependant, son énucléation, faite avec méthode, sera toujours inoffensive pour la mère et pour le fœtus.

Restent les myomectomies abdominales. Ces opérations présentent trois variétés importantes à étudier au point de vue du pronostic opératoire :

1° La tumeur est pédiculée sur le fond de l'utérus. Dans ce cas l'extirpation, après ligature du pédicule, ne présente aucune difficulté et l'opération sera peu grave.

2° La tumeur est sessile ou largement implantée (obs. II). L'énucléation, dans ce cas, comporte des manipulations longues, des ligatures, des sutures compliquées et minutieuses; elle fait courir des risques de blesser l'œuf; en un mot, par sa technique compliquée, elle fait courir à la malade les plus

grands risques d'infection, et, pour le fœtus, les plus grands risques d'avortement.

3° La tumeur est incluse dans le ligament large. Dans ce cas intervient, au point de vue de la technique, un nouveau facteur, celui de l'âge de la grossesse. Dans les premiers mois, quand l'utérus sera peu volumineux, facile à mouvoir, à sortir dehors par la plaie abdominale, l'énucléation du fibrome intraligamentaire sera facile ; l'opération est simple et, par suite, peu grave. Mais si l'utérus a acquis un certain volume, à partir du sixième ou septième mois, l'opération sera beaucoup plus difficile, plus compliquée, partant plus grave pour la mère, à laquelle elle fera courir plus de risques d'infection, et aussi pour le fœtus, qui sera plus exposé à l'avortement par suite des manipulations prolongées et des traumatismes de la matrice gravide.

Il résulte de cet exposé de faits que la myomectomie abdominale ne serait l'opération de choix que dans les cas de fibrome pédiculé sur le fond, et de fibrome intraligamentaire dans les premiers mois de la grossesse. Dans le premier cas, la mortalité serait de 18,87 pour 100 d'après Kirscheimer. Dans le deuxième, l'opération ne semble pas présenter une gravité particulière puisque, sur trois cas seulement que nous connaissons (cas de Guiard, de Frommel et de Taylor), il y eut trois guérisons avec continuation de la grossesse.

Interventions sur l'utérus. — Ces opérations ont pour but de délivrer la femme, et en même temps de la débarrasser de son utérus. C'est la méthode radicale. Si l'enfant est vivant et viable, l'opération se complique de la section césarienne, tandis que si l'enfant est mort ou non viable, il s'agira d'une hystérectomie supra-vaginale simple ou d'une hystérectomie totale. En faisant abstraction de la section césarienne, nous devons envisager comme pour les fibromes de l'utérus :

1° L'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule extérieur, ou, suivant qu'il y a section césarienne, l'opération de Porro (obs. V). Mais cette méthode expose aux dangers du pédicule,

Elle est difficilement applicable lorsque les fibromes siègent au niveau du segment inférieur ;

2° L'hystérectomie supra-vaginale après ou sans section césarienne. Cette opération n'est, en somme, que la modification adoptée pour l'hystérectomie totale abdominale lorsqu'il y a intérêt à ne pas ouvrir le vagin plus ou moins infecté ;

3° L'hystérectomie totale, qui présente l'avantage de supprimer la totalité du col.

En somme, ces trois méthodes radicales peuvent se confondre ensemble, bien que les deux dernières méritent la préférence. La mortalité dans l'hystérectomie totale ou supra-vaginale chez la femme enceinte ne paraît pas plus élevée que dans l'opération césarienne ordinaire, lorsque l'utérus peut être laissé en place. En 1894, Stavely comptait 17 cas opérés depuis 1889 avec une mortalité de 11,75 pour 100 seulement pour la mère.

Ce chiffre a une certaine éloquence si on le compare aux 40 pour 100 de morts dans les cas où l'accouchement ou l'avortement sont provoqués, et il nous semble de nature à devoir entraîner la conviction.

La première difficulté pratique qui se présente lorsqu'on observe un cas de fibrome utérin compliqué de grossesse est de discerner les cas entre eux et de savoir conseiller l'abstention de toute intervention chirurgicale, ou, au contraire, poser les indications de telle ou telle opération.

Deux existences sont en jeu, la sagacité du médecin ne saurait être trop grande. Nous allons exposer notre façon de procéder. Nous avons suffisamment démontré l'infériorité, à tous points de vue, de l'avortement et de l'accouchement provoqués, pour ne pas y revenir : *dans aucun cas on ne doit y avoir recours*. La première question que nous nous posons est la suivante :

Doit-on attendre, surveiller la malade, et laisser aller la grossesse jusqu'à terme? — Si la grossesse, quel que soit son âge, n'a jamais rien présenté d'anormal dans sa marche ; si les fibromes sont petits ; ou bien si, d'un volume moyen ou

même considérable, ils sont situés dans une zone de tolérance comme le fond de l'utérus ; en un mot, si la grossesse et l'accouchement nous paraissent devoir se faire normalement, nous n'hésitons pas à déconseiller toute intervention et à laisser marcher la grossesse, quitte à intervenir en cas d'accident imprévu.

Quels sont maintenant les accidents qui doivent déterminer le chirurgien à agir ? — Par ordre de fréquence, nous signalerons les douleurs parfois très vives occasionnées par la compression des organes pelviens ; par la tumeur, surtout lorsqu'elle est *incarcérée* dans le petit bassin. La compression des uretères et de la vessie, du rectum lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur de l'utérus, seront des indications absolues. Il en sera de même des accidents qui peuvent arriver au fœtus, hémorrhagie par insertion inférieure du placenta, apoplexie placentaire amenant la maladie, puis la mort du fœtus, etc.

L'intervention étant décidée, quand doit-on agir sur le fibrome seul pour permettre à la grossesse d'évoluer ? — Les fibromes du col proéminant dans le vagin, s'ils sont pédiculés ou sessiles, peuvent être enlevés sans danger pour la mère ni pour le fœtus. On devra donc les enlever chaque fois qu'on en trouvera.

Si les fibromes présentent une évolution abdominale, le chirurgien devra être plus circonspect, il se rendra compte d'abord du nombre des fibromes. Il est évident qu'en présence d'un utérus farci de fibromes la méthode conservatrice devra être rejetée. Elle sera, au contraire, indiquée dans les cas de fibrome unique, lorsque ce fibrome pourra anatomiquement s'enlever sans modifier la vitalité de l'utérus ni compromettre l'œuf. Tels seront les fibromes pédiculés au fond de l'utérus, les fibromes inclus dans le ligament large. Kelly a enlevé avec succès complet quatre fibromes sessiles au cours de la grossesse ; mais cette opération n'est pas exempte de gravité, ainsi que le démontre notre observation II. Dans des cas semblables, l'ablation totale est plus logique.

Quand doit-on, en enlevant le fibrome, enlever aussi l'utérus? — L'utérus doit être sacrifié dans tous les cas pour lesquels une intervention est nécessaire et qui ne rentrent pas dans une des catégories précédentes. Nous énumérons les principaux de ces cas :

Lorsque l'utérus est rempli de fibromes dont l'évolution a déjà compromis la grossesse en cours, on ne doit pas hésiter à le supprimer ; l'accouchement, dans ces cas, se fera dans des conditions anormales, faisant courir les plus grands risques à la mère et à l'enfant. Si même la délivrance se fait heureusement, la mère sera de nouveau exposée aux mêmes accidents dans l'hypothèse possible d'une nouvelle grossesse.

La mort, ou seulement l'état de souffrance du fœtus, seront une indication absolue, surtout lorsque la tumeur fibreuse étant située dans le segment inférieur viendra s'opposer à l'expulsion du fœtus mort, exposant ainsi la mère à l'auto-infection (obs. III).

Enfin, et surtout, il faudra recourir à la laparotomie toutes les fois que l'enfant est vivant et viable. En agissant ainsi, la vie de l'enfant sera sûrement conservée sans faire courir à la mère un danger plus grand que par un accouchement normal par les voies naturelles (obs. IV). On aura, en outre, la possibilité de recourir à l'énucléation simple du fibrome après la section césarienne si les parties le permettent.

Enfin, les cas de tumeurs malignes concomitantes sont une indication précise à la suppression totale de l'organe.

L'utérus devant être sacrifié, quelle est la méthode de choix? — Trois opérations doivent atteindre le but : ce sont l'opération de Porro, l'hystérectomie supra-vaginale et l'hystérectomie abdominale totale. Nous n'avons pas même signalé l'hystérectomie vaginale, car, dans aucun cas, elle ne nous parait devoir être indiquée, même si le fibrome est moyen et la grossesse de moins de quatre mois. Et cela pour deux raisons principales : la première est que toute intervention conservatrice serait fatalement impossible, tandis que la laparotomie, en permettant une exploration précise, rendra possibles les ten-

tatives de conservation ; la seconde, c'est qu'elle expose la femme à des hémorrhagies graves, en provoquant le décollement du placenta pendant les premiers temps de l'opération, surtout si les fibromes sont situés dans le segment inférieur.

L'opération de Porro, que nous avons cependant pratiquée avec un plein succès (obs. V), nous paraît très inférieure à l'hystérectomie totale ou à l'hystérectomie supra-vaginale. Le pédicule peut être difficile à former ; il peut, s'il s'agit, comme chez notre malade, de fibromes du segment inférieur, exposer à laisser en place les fibromes. Enfin, l'opération expose à tous les dangers des pédicules extérieurs.

Nous n'hésitons donc pas à donner la préférence aux deux autres méthodes, qui trouvent ici leurs indications respectives, comme chaque fois qu'il sera question d'enlever un utérus. Si le dôme vaginal peut sans inconvénient être laissé en place, on doit préférer cette façon de faire qui présente les avantages de simplifier l'opération, de réduire au minimum les chances d'infection par le vagin et qui, pour l'avenir, laisse à la femme un vagin normal. Mais le dôme vaginal avec un petit segment du col ne peut pas toujours être laissé en place impunément lorsque, par exemple, cette portion du col est infectée ou seulement suspecte, comme ce sera le cas si la malade a subi plusieurs examens, si le travail est commencé depuis un certain temps, et surtout si la poche des eaux a été rompue. Dans ces conditions, on devra sans hésiter pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Obs. I (1). — *Rupture d'un utérus fibromateux pendant une version; hystérectomie abdominale totale. Mort.* — La nommée Marguerite R..., âgée de 24 ans, nous est adressée par MM. Mélisson et Vincent, du Mans.

Cette jeune femme, enceinte de sept mois, est prise, le 12 mai 1897, dans la matinée, des symptômes précurseurs de l'accouchement. On prescrit le repos au lit, mais les symptômes s'accusent, le col s'entr'ouvre, et, malgré le volume peu considérable du fœtus, l'engagement

(1) N° 2107 de la statistique générale. Rédigée d'après des notes par mon interne, M. Meyer.

ne se fait pas. La poche des eaux se rompt dans la journée, et les médecins peuvent constater qu'il s'agit d'une présentation du plan latéral gauche. A six heures du soir, la malade est anesthésiée, et une version est pratiquée avec toutes les précautions habituelles. L'enfant extrait est petit, mort depuis quelques jours déjà ; on délivre la malade par expression et tout paraît être rentré dans l'ordre. Cependant, au toucher, on croit sentir encore des membranes ; on exerce de légères tractions ; mais, comme elles résistent, on se contente de faire un pansement de la vulve pour éviter l'infection.

Le lendemain matin, le pouls est petit ; il y a eu, dans la nuit, des vomissements fréquents ; le ventre est douloureux et ballonné. Il s'est écoulé peu de sang dans le pansement ; mais, en examinant les membranes, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une frange de l'épiploon engagée dans une large rupture de l'utérus.

En présence des symptômes d'infection péritonéale, on conseille immédiatement la laparotomie suivie de l'extirpation de l'utérus rompu. La malade est transportée à la Clinique dans la journée, et elle est opérée dès son arrivée.

Opération, le 13 mai, à 4 heures du soir (vingt-deux heures environ après la rupture de l'utérus).

Le vagin et la paroi abdominale ont été désinfectés avec le plus grand soin.

Je suis assisté par mes confrères, MM. Mélisson et Vincent, et par mon interne, M. Meyer.

A l'ouverture du ventre, on trouve un liquide sanguinolent peu abondant, mais dans lequel baignent les anses intestinales.

L'épiploon apparaît bleu ardoisé ; on aperçoit dans son épaisseur les veines thrombosées, comme si elles étaient injectées avec une matière coagulable. Les thromboses veineuses remontent jusqu'à l'estomac.

En suivant l'épiploon on arrive, à gauche, un peu sur la face antérieure de l'utérus, à une rupture qui a ouvert le cul-de-sac vésico-utérin dans une longueur de 4 centimètres environ. C'est par cette échancrure péritonéale que s'est engagé l'épiploon.

L'utérus est volumineux et présente deux tumeurs fibreuses interstitielles, peu volumineuses et insérées sur le fond.

C'est entre les deux saillies formées par ces tumeurs que se termine la rupture (voir la figure ci-contre).

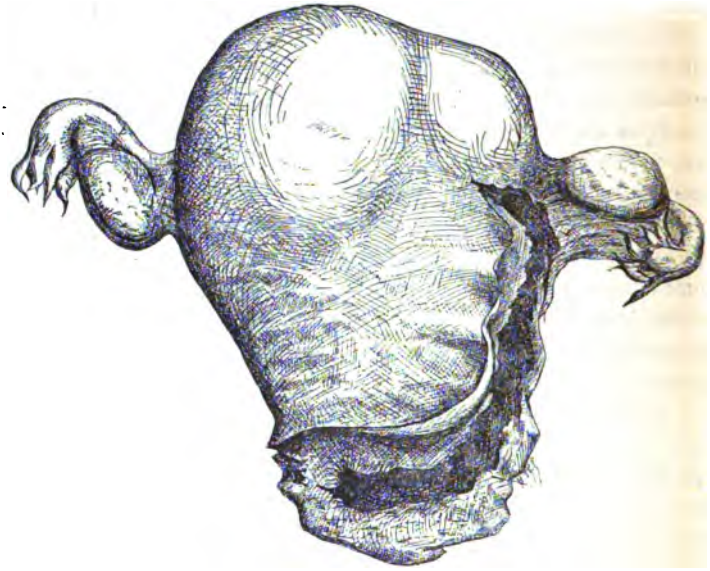
L'épiploon est réséqué aussi haut que possible, sur quatre ou cinq pédicules à la soie.

Un grand lavage de la cavité péritonéale est pratiqué avec de l'eau stérilisée ; puis l'utérus est enlevé par notre procédé habituel à collerette.

La cavité de Douglas est drainée au moyen d'un tamponnement de Mikulicz, et le ventre refermé comme à l'ordinaire.

L'opération a duré une heure environ.

Examen des pièces. — L'épiploon réséqué est très mince, son poids



total est de 120 grammes. Il a un aspect bleuâtre et laisse voir, par transparence, les veines thrombosées. En sectionnant ces veines, on fait sourdre, par pression, les caillots de sang.

L'utérus doit être étudié au point de vue macroscopique et au point de vue microscopique.

A. — *Examen macroscopique.* — La pièce (fig. ci-dessus) est grosse comme une tête d'enfant à terme.

Le fond utérin présente deux masses fibreuses interstitielles très visibles sur la figure ci-jointe faite d'après nature.

L'une à droite plus volumineuse, l'autre à gauche plus petite.

C'est au-dessous de ces masses fibreuses que s'est faite la rupture, dans les points où la paroi utérine présentait la moindre résistance.

Cette rupture occupe les deux tiers de la pièce en hauteur. Elle part

du col, longe l'insertion du ligament large droit, passe un peu sur la face antérieure de l'organe, et s'arrête à la base de la plus petite des deux tumeurs fibreuses. Le péritoine avait résisté dans la partie inférieure correspondant au cul-de-sac vésico-utérin, mais il avait cédé en haut dans une étendue de 4 centimètres, précisément dans les points où sa connexion est plus intime avec l'utérus.

Les ovaires et les trompes ne présentent rien de particulier à première vue.

B. — *Examen histologique*, par Pilliet. — Cet examen a surtout été fait pour étudier le mode de propagation de l'infection générale par les vaisseaux sanguins :

« 1° *Coupes au niveau de l'insertion placentaire comprenant toute l'épaisseur de l'utérus au-dessus des fibromes.* — Sur ces coupes, on voit que les vaisseaux les plus proches de la muqueuse utérine sont thrombosés, mais sur une très légère épaisseur seulement. Les vaisseaux sanguins sont vides jusque sous le péritoine ; les vaisseaux lymphatiques sont extrêmement dilatés et forment des lacunes qui peuvent atteindre 1 centimètre de largeur, mais ils sont tous uniformément vides. Ils ne contiennent pas de lymphe. Les fibres musculaires sont très hypertrophiées, mais il n'existe pas de traces d'un processus inflammatoire.

« 2° *Coupes au même niveau, point auquel le caillot paraissait très adhérent.* — On voit le caillot noir, dont le sang est déjà en partie transformé en méthémoglobine ou en dérivés semblables, feutré dans les éléments de tissu conjonctif qui aboutissent à quelques villosités placentaires restées encore en place. Au-dessous, une mince ligne de vaisseaux thrombosés, puis le muscle utérin avec la même structure que ci-dessus.

« 3° *Coupes de l'utérus au niveau du col.* — Il existe en ce point une véritable apoplexie de tout le tissu utérin. On ne voit pas de muqueuse ni même de caduque. Les vaisseaux sont tous gorgés de sang, et il s'est formé des extravasations sanguines qui dissocient tout le tissu conjonctif à leur voisinage.

Les coupes prises sur un autre point du col, sur la bande mince résultant de la déchirure, ont montré le même aspect ; mais ces vaisseaux qui sont congestionnés et remplis de globules blancs, de thrombus fibrineux en voie d'organisation, ne sont pas irrités ; leurs parois sont normales ; on ne voit pas d'amas microbiens sur les coupes, dans la lumière des vaisseaux.

« 4° *Coupes de l'ovaire au niveau du corps jaune.* — C'est un corps jaune de grossesse, bien développé et très régulier, sans hémorrhagie ni inflammation. La couche corticale de l'ovaire est, au contraire, parsemée d'hémorrhagies en nappes qui dissocient les ovules. Il n'existe pas non plus d'inflammation surajoutée à l'hémorrhagie.

« En résumé, nous trouvons les vaisseaux sanguins utérins thrombosés comme ils doivent l'être, les vaisseaux lymphatiques extrêmement développés, mais ne contenant ni lymphe ni pus. »

Suites de l'opération. — Le soir de l'opération, tout va bien. A 8 heures, la température est à 37°,6.

Deuxième jour, 37°,4 le matin et 37°,6 le soir. On prescrit un léger purgatif et la malade va à la selle.

Troisième jour, 37° le matin et 38° le soir.

Le Mikulicz est enlevé et remplacé par un drain, l'état général de la malade est satisfaisant.

Quatrième jour, 38° le matin et 38°,6 le soir; rien de particulier, léger œdème du mollet.

Cinquième jour, 38° le matin et 38°,4 le soir. On constate de l'œdème des membres inférieurs, surtout de la jambe et de la grande lèvre gauche. Dans la nuit, agitation et délire, mais les symptômes cérébraux disparaissent dans la matinée.

Sixième jour, 38°,9 et 39°,2; présente une poussée d'urticaire sur tout le corps. Elle est reprise le soir de symptômes nerveux; se plaint des seins qui sont gonflés et durs par la montée du lait.

Septième jour, 38°,6 et 39°,3. L'état général est mauvais, la faiblesse extrême, l'œdème des membres inférieurs a augmenté, on trouve sur les jambes et les cuisses des plaques bleuâtres et cyanosées. Subdélire. La malade succombe à deux heures du matin le huitième jour.

La mort, dans ce cas, a été vraisemblablement causée par infection à marche lente, dont le début remontait avant l'opération.

Obs. II (résumée), n° 2820 de la statistique générale. — Femme de 36 ans, primipare, enceinte de trois mois, et présentant un fibrome interstitiel dans la corne droite de l'utérus. Ce fibrome détermine chez la malade des accidents de compression et des phénomènes d'auto-intoxication.

Le 21 janvier 1899, myomectomie abdominale par énucléation de la tumeur qui pèse 875 grammes. Suites simples, mais persistance des symptômes d'intoxication et mort le neuvième jour.

Obs. III (1). — *Fibromyôme du segment inférieur. Dystocie. Mort du fœtus. Septicémie consécutive. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — La nommée D..., Victorine, femme V..., âgée de 37 ans, demeurant à Jupilles, m'est adressée par M. Peltier d'Ecommoy.

Cette malade est dans un état déplorable. Elle fait remonter le début des accidents à il y a environ huit mois. Elle éprouve alors des douleurs dans le ventre et est prise d'une hémorrhagie utérine abondante qu'elle prend pour ses règles. Le sang s'arrête pour repartir quelques jours plus tard. Depuis cette époque, elle a des pertes à tous propos (fatigue excessive, pendant la station prolongée debout). Son état général s'altère, elle perd ses forces, ne peut plus prendre d'aliments, a de la fièvre le soir. Enfin, il y a quinze jours, elle est prise d'une hémorrhagie plus considérable encore que de coutume et elle se décide à s'adresser à M. Peltier. Ce dernier fait le diagnostic de septicémie consécutive à l'évolution d'un fibrome utérin en voie d'élimination.

État avant l'opération. — L'état général est déplorable, la malade a de la fièvre vespérale, 38°,5, 39°. Le pouls est petit, les contractions du cœur sont faibles. Rien aux poumons. Urines normales. Le ventre est distendu par une tumeur volumineuse irrégulière qui dépasse l'ombilic de quatre travers de doigt.

Cette tumeur a une consistance variable en divers points : très dure en certains points, elle est presque fluctuante dans d'autres. Au toucher, le col est mou, entr'ouvert, volumineux. On peut y introduire le doigt jusqu'à une certaine distance où l'on aperçoit une masse dure, immobile, au-dessus de laquelle paraît se trouver le reste de la tumeur.

Au point de vue d'une grossesse possible, la malade ne peut fournir aucun renseignement en raison de ses hémorrhagies continuelles. Au spéculum, le col paraît énorme et donne issue à un écoulement non fétide au milieu duquel on trouve des débris de caillots sanguins.

Préparation de la malade. — Le vagin est nettoyé avec soin et badigeonné avec de l'éther iodoformé; une longue mèche de gaze iodoformée est introduite dans le but de l'obturer. Enfin le vagin est distendu avec de la gaze.

Opération, le 9 novembre 1899. — La malade est endormie avec l'éther, qui est confié à M. Peltier et à mon aide habituel. Je suis assisté par M. Vincent, du Mans. La malade est placée sur le plan

(1) Publié in *Arch. prov. de chir.*

incliné. Je fais une longue incision dépassant d'emblée l'ombilic. La paroi est mince, réduite à la peau et au péritoine. La tumeur est irrégulière, d'aspect bilobé. Le lobe inférieur, très dur, est enclavé dans le bassin; le lobe supérieur, au contraire, paraît fluctuant. Le gros désenclaveur est placé dans la partie supérieure et la tumeur est amenée hors du ventre. Je pratique alors de chaque côté une section du ligament large entre deux pinces dont les becs arrivent au ras du bord utérin. Du sommet des pinces, de chaque côté, je commence le tracé horizontal de la collerette qui passe en avant au-dessus de la vessie et s'incurve en arrière vers la cavité de Douglas. La collerette est disséquée rapidement, car il s'écoule beaucoup de sang. Pour arrêter l'hémorrhagie, je suis obligé de placer un lien élastique circulaire sur la base de la tumeur. Cela me permet d'enlever la masse principale avant de continuer. Le moignon est saisi avec deux pinces de Museux, puis le col est isolé jusqu'au vagin. Ce conduit est ouvert en arrière et le col excisé tout autour.

L'hémostase se fait facilement; un pédicule est fait de chaque côté au lieu et place des pinces placées sur les ligaments larges ; un deuxième pédicule est fait aussi de chaque côté pour chacune des artères utérines. Le vagin est réuni à la collerette par deux ou trois sutures en avant et en arrière ; enfin la collerette est fermée comme à l'ordinaire par deux surjets qui se réunissent au milieu.

La toilette du péritoine est facile. Un drain est placé dans la cavité de Douglas. Enfin la paroi est suturée à deux étages.

Pansement avec poudre d'iodoforme et sachets antiseptiques. Durée totale : une heure vingt.

Pièces. — Rien de particulier du côté des annexes. La pièce, dans son ensemble, est formée de deux parties volumineuses séparées par une partie rétrécie. Elle pèse 2,300 grammes. Le col est volumineux, situé en bas et en arrière et comme caché par la masse inférieure de la tumeur. Ce lobe inférieur est constitué par un fibrome volumineux, plus gros qu'une tête de fœtus, et qui semble s'être développé dans la paroi antérieure de l'utérus et dans la partie supérieure de la paroi antérieure du col. Cette tumeur était enclavée dans le bassin, dont elle occupait toute l'excavation en refoulant en bas le col utérin.

Au-dessus de cette tumeur se trouve la cavité utérine dont le volume est plus du double de celui de la tumeur fibreuse. Cette cavité, dont les parois mesurent environ 25 millimètres d'épaisseur, contient un fœtus, un placenta et une quantité considérable de sang noir coagulé.

Le fœtus, du sexe masculin, paraît âgé de 4 mois; il baigne dans des caillots de sang noir; il n'a pas d'odeur, mais présente des signes de macération; l'épiderme se détache par friction et s'enlève par lambeaux.

Le placenta, assez volumineux, est séparé de la paroi interne par un amas considérable de caillots sanguins. Ces caillots sont noirs; quelques-uns nagent dans un liquide visqueux et noir également.

Marche. — Le matin de l'opération, la température était de 39°; le soir, elle tombe à 38° et reste à ce degré les quatre premiers jours. Le cinquième jour, une purgation amène une ascension à 39°,6, bientôt suivie d'une débâcle intestinale. Le sixième jour, la température est normale et elle reste à 37° jusqu'au treizième jour. La malade se plaint de la jambe gauche qui est œdématiée et douloureuse. Le lendemain, la température = 37°,8 et 38°,6; la phlébite de la crurale gauche est manifeste. Le membre inférieur est enfermé dans un bandage ouaté compressif, la température oscille entre 37° et 39° jusqu'au 9 décembre, date à laquelle la température redevient normale. La malade est gardée au lit encore deux ou trois jours, puis elle commence à se lever. Elle quitte la maison de santé parfaitement guérie de sa phlébite le 16 décembre 1894.

La plaie n'a rien présenté de particulier. Le drain a été supprimé au bout de quarante-huit heures, les fils enlevés le huitième jour.

Obs. IV (résumée). — Femme de quarante ans, primipare, a présenté pendant sa grossesse les signes d'un placenta prævia. Arrivé à terme, l'accouchement ne se fait pas, le fœtus meurt, et, au bout de douze jours, la malade est prise d'hémorrhagies graves qui nécessitent le tamponnement du vagin.

A l'examen, le 21 mars 1897, nous trouvons une tumeur fibreuse volumineuse qui occupe toute la partie droite du bassin, au-dessus de la tumeur se trouve le fœtus, dont la tête est libre.

Nous appliquons un ballon de Champetier de Ribes dans le col pour arrêter l'hémorrhagie, puis, au bout de deux heures, nous appliquons le forceps et terminons l'accouchement.

La malade perd énormément de sang, elle perd connaissance à la fin de l'accouchement et ne retrouve ses sens qu'après injection hypodermique de 1,500 grammes de sérum.

La guérison se fait normalement; mais la malade redevient enceinte, et notre ami, M. Lepage, de Paris, lui pratique dans le courant d'août 1899, une opération, de Porro, avec succès complet pour la mère et pour l'enfant.

Obs. V. — *Cas de dystocie par fibrome utérin enclavé. Opération de Porro. Enfant vivant. Guérison* (1). — Le 20 janvier 1892, je suis appelé par mes confrères, MM. Ledrain (de Loué) et Mascarel (de Brulon), auprès de la nommée S..., Jeanne, âgée de 38 ans, demeurant à Chantenay (Sarthe).

Cette femme, réglée à douze ans, a toujours eu une menstruation irrégulière. Deux fois elle est devenue enceinte et a eu deux fausses couches : la première, de trois mois et demi, le 5 janvier 1890 ; la deuxième de deux mois, le 1er novembre de la même année. Elle redevient enceinte au mois d'avril 1891, et, grâce à des précautions sans nombre, elle parvient à mener sa grossesse à terme.

Le lundi, 18 janvier, à 6 heures du matin, les premières douleurs se font sentir. M. Ledrain, appelé le lendemain, voyant que le travail ne s'avance pas, cherche à rompre la poche des eaux qu'il atteint difficilement. Les contractions utérines augmentent, mais la tête ne s'engage pas. M. Ledrain reconnaît alors la présence d'un fibrome volumineux obstruant le bassin et faisant obstacle à l'accouchement. Il fait une tentative d'application de forceps en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues, mais le fibrome s'oppose à la pénétration de l'instrument dans la cavité utérine. Le lendemain, aucun phénomène nouveau ; les choses restent dans le même état. C'est alors que MM. Mascarel et Ledrain me font appeler.

État de la malade, le 20 janvier. — L'état général est assez bon. La malade se plaint de douleurs dans les reins. Elle rend un peu de sang par le vagin. Au palper, la masse formée par l'utérus gravide présente une plus grande consistance dans le flanc droit. Au toucher, le col est complètement refoulé à droite ; il est représenté par une sorte de fente antéro-postérieure dont la lèvre droite est simplement formée par le col aminci, tandis que la lèvre gauche est représentée par un gros bourrelet dur, faisant lui-même partie d'une masse volumineuse plus grosse qu'une tête de fœtus. Cette masse peut être sentie à la palpation. Elle est absolument indépendante du fœtus. Le doigt introduit dans le col reconnaît la présence de la tête de l'enfant qui se trouve refoulée à droite, au-dessus du détroit supérieur, par la masse signalée dans l'excavation.

Dans ces conditions, toute nouvelle tentative d'extraction par le

(1) Publiée in *Comptes rendus du Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles*.

vagin paraît inutile. L'enfant est vivant, bien que le méconium soit rendu par le vagin. Je me décide donc à intervenir immédiatement par l'abdomen.

Opération, le 20 janvier. — Cette opération est faite à la campagne (Chantenay, Sarthe), mais avec instruments, compresses, tampons stérilisés apportés de la maison de santé du Mans.

Le chloroforme est confié à M. Mascarel, et je suis assisté par M. Ledrain.

Le vagin a été soigneusement désinfecté au moyen d'injection au sublimé. Incision de 15 centimètres, dépassant l'ombilic de 5 centimètres. Je fais écarter les lèvres de la plaie abdominale et dispose des compresses tout autour de l'ouverture de la paroi. La face antérieure de l'utérus est rénitente. Je pratique une incision médiane et pénètre d'emblée dans la cavité utérine. Mon bistouri rencontre le placenta et une hémorrhagie abondante se manifeste. Je sectionne rapidement le placenta dans toute son épaisseur et saisis et enlève l'enfant à travers la plaie abdominale. Je sectionne le cordon, remets l'enfant à la garde; puis je décolle le placenta et les membranes ; le sang continue à couler en abondance et je dois, pour arrêter cette hémorrhagie inquiétante, bourrer la cavité utérine avec des compresses.

L'hémorrhagie s'arrête. Je nettoie mon champ opératoire. Pas une goutte de sang ni de liquide n'a pénétré dans l'abdomen. Je me rends compte alors de la situation de la tumeur que l'on sentait par le vagin. Ma première pensée est de l'extirper avec la matrice par l'opération de Porro, mais je m'aperçois qu'elle est développée très profondément aux dépens de la face postérieure de l'utérus et même du col et qu'il est impossible de l'attirer en dehors de la plaie abdominale. Je prends donc le parti suivant : de désenclaver la tumeur autant que possible et d'amputer l'utérus au-dessous avec les ovaires. Je cherche à retirer les compresses de la cavité utérine, mais l'hémorrhagie se reproduit. Je les laisse donc en place et dispose un fil de caoutchouc d'attente tout autour de la tumeur. Je détache les ovaires et les ligaments larges de chaque côté par deux fils en chaîne, puis enfonce deux broches disposées en croix à travers le pédicule et les compresses. Je place enfin une ligature en caoutchouc faisant deux fois le tour du pédicule et s'entrecroisant dans les broches. J'ampute ensuite tout le fond de l'utérus circulairement et je retire la plupart des compresses placées dans sa cavité. Une ou deux ont été traversées par les broches et ne peuvent être enlevées. Je ne m'en préoccupe pas davantage. Je ferme la séreuse

pariétale au-dessus et au-dessous du pédicule, aussi complètement que possible, puis la peau avec des crins de Florence. Je fais une recoupe du pédicule que je cautérise vigoureusement au thermocautère en carbonisant les compresses situées au centre du pédicule.

Pansement à la gaze iodoformée, à la ouate de tourbe.

Environ 55 grammes de chloroforme.

Durée totale : une heure un quart.

Examen de la pièce. — La pièce, conservée par M. Ledrain, est constituée par le fond de l'utérus myomateux. La section de l'organe a porté juste au-dessus du corps fibreux qui, par suite, s'est trouvé désenclavé et fixé à la paroi.

Marche. — Les suites opératoires ont été des plus simples. La température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°,5 ; une seule fois, le 21 janvier, le thermomètre est monté à 38°,5. On fait à la malade trois injections vaginales au sublimé par jour. On la nourrit légèrement. Les pansements sont faits tous les cinq jours. Le 31 janvier, j'enlève, au moyen d'une pince, une compresse engagée dans le vagin. Le 4 février, le pédicule se détache et, en le retirant, on enlève en même temps la compresse qui a été embrochée. Le 7 février, la guérison peut être considérée comme terminée. Depuis, la malade et son enfant jouissent d'une excellente santé.

KYSTE PAROVARIQUE

CONTENANT 23 LITRES DE LIQUIDE ALBUMINEUX

PAR

E. Jeanbrau, Chef de clinique chirurgicale et **J. Moitessier**, Chef du laboratoire des Cliniques à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les kystes parovariques — développés aux dépens des vestiges du corps de Wolf — diffèrent des kystes mucoïdes de l'ovaire par trois caractères essentiels : leur inclusion dans les ligaments larges, leur faible volume, la composition chimique de leur contenu.

L'inclusion dans les ligaments larges est un caractère invariable auquel sont soumis tous les kystes wolfiens, du fait même de leur origine. Les deux autres sont presque constants. « Les kystes parovariens, dit Legueu (1), se présentent sous forme de petites vésicules transparentes du volume d'un grain de millet. Les plus gros contiennent 7 à 9 litres de liquide : *ils sont exceptionnels.* » Quant à leur contenu, il est limpide, fluide comme de l'eau de roche, et à l'inverse de celui des kystes de l'ovaire, « ne contient ni paralbumine, ni albumine ». Ce dernier caractère est considéré par les classiques comme pathognomonique, et à l'époque où on ponctionnait les kystes de l'ovaire pour en reconnaître l'existence et en tenter la guérison, l'absence d'albumine était l'argument qui permettait de conclure à un kyste du parovarium.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, constitue une remarquable exception qu'il nous a paru intéressant de faire connaître. Il s'agit d'un kyste

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, p. 1061.

parovarique à évolution abdominale contenant 23 litres d'un liquide relativement riche en albumine.

Obs. I. — Mme P. O..., ménagère, 50 ans, entre, le 6 novembre 1899, à l'hôpital Saint-Éloi suburbain, service de M. le professeur Forgue, pour une tumeur de l'abdomen.

Antécédents personnels. — Sans antécédents héréditaires, cette dame a été menstruée à 13 ans, toujours régulièrement, quatre jours par mois, jusqu'à la semaine dernière, sauf pendant ses grossesses. Elle a eu deux enfants, le premier à l'âge de 24 ans, le second un an après. Les grossesses, les accouchements, les délivrances ont été normaux.

Cette dame n'avait jamais été malade avant l'année dernière ; elle eut, il y a dix mois, une légère grippe à forme thoracique dont elle se remit parfaitement après quelques semaines de convalescence. Jamais de ménorrhagie, ni de métrorrhagie, ni de leucorrhée.

Maladie actuelle. — Cette malade s'aperçut, il y a neuf ans environ, que son ventre augmentait de volume. Sans cause apparente, sans interruption des règles, ni aucun trouble fonctionnel, l'abdomen continua à grossir lentement. Il atteignit, vers 1895, le volume du ventre d'une femme enceinte de sept mois.

Il y a un an, cette dame, qui n'avait jamais souffert, éprouva spontanément des douleurs sourdes dans les hypochondres et dans les flancs. Ces douleurs se prolongèrent pendant une semaine, puis cessèrent pour ne plus reparaître.

Enfin, vers le mois de septembre 1899, cette femme voyant son ventre, qui atteignait depuis 1898 le volume d'un abdomen à terme, grossir dans des proportions inquiétantes, se décida à se faire opérer et entra dans le service de M. le professeur Forgue.

Examen à l'entrée, le 8 novembre 1899. — La malade est une femme vigoureuse, maigre, en bon état général.

L'abdomen est énorme, uniformément développé ; la paroi abdominale est très amincie et la cicatrice ombilicale distendue.

A la *palpation*, on a la sensation d'une tumeur à surface lisse, remplissant tout le ventre de l'appendice xiphoïde au pubis. Cette tumeur, de consistance rénitente, donne très nettement la sensation de flot. A la *percussion*, matité à convexité supérieure. Le *toucher vaginal* permet de reconnaître un col petit, dur, largement fendu, légèrement dévié à gauche et en arrière. Les culs-de-sac ont leur profondeur et leur souplesse normales.

L'examen du thorax est négatif au point de vue des lésions pulmo-

naires et cardiaques. Le pouls bat à 80 ; il est régulier et bien frappé.

La tension vasculaire, prise avec le sphygmomanomètre de Potain au niveau de la radiale, est de 15.

La malade ne présente ni pollakiurie, ni constipation, ni œdème des membres inférieurs ; elle n'a donc absolument aucun trouble de compression. Les urines sont en quantité normale, ne contiennent ni sucre, ni albumine ; 18 gr. 1 d'urée par litre.

Diagnostic. — On porte le diagnostic de kyste mucoïde de l'ovaire. Les douleurs éprouvées par la malade il y a un an font penser à l'existence d'adhérences entre le kyste et le péritoine pariétal.

Laparo-ovariotomie, le 11 novembre, par M. le professeur Forgue. — Anesthésie à l'éther.

Incision médiane de 25 centimètres. La paroi, très amincie, est adhérente à la tumeur. Un coup de bistouri ouvre la poche, et un liquide fluide, à reflets blanchâtres, jaillit aussitôt. On laisse le liquide s'écouler lentement pour ne pas amener d'accident par décompression brusque et, lorsque la tumeur s'est à demi vidée, on prend les lèvres de la poche dans des pinces à abaissement. Tandis qu'un aide tire sur celles-ci, on décolle la tumeur, avec les doigts, du péritoine pariétal auquel elle est intimement unie par des adhérences molles. Le kyste est ainsi rapidement accouché hors du ventre : il appartient aux annexes du côté droit. Ligature et section d'un large pédicule. La malade étant placée en position inclinée, M. le professeur Forgue fait une péritonisation soignée de la tranche de section avec un surjet au catgut. Il existe un petit fibrome du volume d'une noix développé sur le fond de l'utérus. Après assèchement du pelvis avec des compresses stériles, suture de la paroi abdominale en un seul plan, au crin de Florence, sans drainage.

Suites opératoires. — La malade a quelques vomissements post-anesthésiques dans la matinée.

Le soir même de l'opération, lavement purgatif qui reste sans effet. Température 37°,3. Pouls 100.

Le lendemain, lavement glycériné qui provoque une selle.

La température oscille, à partir de ce jour, entre 36°,8 et 37°,3, sauf le 14 novembre soir où elle monte à 38°,2, tandis que le pouls reste à 90. Un lavement glycériné fait immédiatement tomber la température, qui qui reste normale jusqu'au jour de la sortie.

Le 22 novembre, pansement. Réunion *par première intention* de toute la ligne de suture. On enlève les fils.

Exeat le 30 novembre.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un énorme kyste sphérique, *uniloculaire, d'une capacité de 23 litres*, lorsqu'on le remplit sous une tension moyenne. Sa surface externe est absolument lisse. A sa partie inférieure on voit la section d'un large pédicule, sur laquelle on reconnaît la tranche de la trompe : celle-ci, fortement étirée, se perd en s'amincissant sur la paroi du kyste, dessinant sur la partie postérieure de la tumeur un arc de cercle très nettement visible par transparence. Mais ce qui attire immédiatement l'attention, c'est la présence de l'ovaire intact, aplati par compression, à la partie interne de la surface de section du pédicule : on le décolle facilement avec les doigts et sur sa coupe on constate l'existence d'un corps jaune.

La surface interne du kyste était absolument lisse et ne présentait en aucun point de végétation ; elle a 3 millimètres d'épaisseur environ.

L'*examen histologique*, fait par M. le professeur agrégé Bosc, montra qu'il s'agissait d'une paroi tapissée par un épithélium cubique à gros noyau et formée par une zone de tissu conjonctif très vasculaire, limitant des aréoles distendues par l'œdème et contenant des cellules étoilées. En dehors le tissu conjonctif devenait plus dense, formé de faisceaux épais, ondulés, séparés par des espaces lymphatiques très volumineux. On ne trouvait pas d'épithélium au niveau de la surface externe.

ANALYSE CHIMIQUE DU LIQUIDE.

Caractères physiques :	Quantité....	23 litres.
	Aspect.....	limpide.
	Coloration..	blanc jaunâtre.
	Consistance.	très fluide.
	Densité.....	1088.
	Réaction....	légèrement alcaline.

Il ne se forme pas de dépôt par le repos.

Caractères chimiques : Le liquide ne précipite pas à froid par l'acide acétique, mais donne un abondant précipité par l'acide azotique et le réactif picro-citrique ; il donne par la chaleur un volumineux coagulum, après avoir été préalablement acidifié et additionné d'une petite quantité de chlorure de sodium ou de sulfate de magnésium.

En saturant de sulfate de magnésium à froid le liquide neutralisé, on obtient un précipité de globuline, et il reste une albumine en solution. Abandonné au repos pendant plusieurs jours, il ne donne pas de fibrine, même après addition d'un peu de sérum sanguin comme

source de fibrine-ferment ; il ne renferme donc pas de fibrinogène, ce qui le distingue des sérosités péritonéales et autres.

Eau	982 gr. 70
Matières en solution	17 gr. 30
Matières organiques	8 gr. 20
Sérum-albumine	3 gr. 40
Sérum-globuline	1 gr. 18
Fibrinogène	0
Matières extractives	3 gr. 62
Matières minérales	9 gr. 10
Chlorures (en NaCl)	6 gr. 40

*
* *

La présence de l'ovaire en état d'intégrité à la partie inférieure du kyste, accolé à sa surface externe, près de la surface de section du ligament large, permet d'affirmer que cette énorme poche s'est développée aux dépens des débris wolfiens ; d'ailleurs l'unilocularité du kyste, l'étirement de la trompe qui lui formait presque une demi-ceinture, la fluidité de son contenu, sont des caractères habituels aux tumeurs de cette variété. En augmentant peu à peu de volume, le kyste avait forcément abandonné le pelvis pour se développer dans l'abdomen. Cette évolution abdominale explique l'absence des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum, qui sont si fréquents dans les néoplasmes inclus des ligaments larges. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans l'énorme volume du kyste et les caractères chimiques de son contenu.

*
* *

Dans une remarquable étude, le professeur Duplay donne le volume des kystes des ligaments larges les plus volumineux qui aient été observés : il était de 10 litres dans un cas de Fischel, de 11 litres dans trois cas personnels à l'auteur, de 14 litres 1/2 dans une observation de Winckel, de 17 dans celle d'Astlee et atteignait 20 litres dans le cas de Bertrand. Enfin Bleckwen a rapporté le fait d'un kyste parovarique qui contenait 25 litres de liquide.

Mais ces cas sont demeurés exceptionnels et après celui de Bleckwen, le kyste qui fait le sujet de cette note est donc un des plus volumineux qui aient été observés.

*
* *

Enfin, la seconde particularité sur laquelle nous devons insister est la présence dans le contenu de cette poche kystique d'une quantité très notable de matières albuminoïdes proprement dites — albumine et globuline. Il est en effet admis par tous les classiques, Duplay, Pozzi, Bouilly, Segond, Legueu, etc., que le liquide des kystes wolfiens est non seulement dépourvu de métalbumine, mais encore de substances albuminoïdes coagulables par la chaleur. Cette règle n'est cependant pas absolue et souffre quelques exceptions analogues à notre cas : Duplay, Panas, Le Dentu, Winckel, Lawson Tait, Spencer Wells, Spiegelberg en ont publié des exemples (2).

Enfin, et c'est d'ailleurs un caractère commun à tous les kystes parovariques, le liquide que nous avons analysé se distingue de celui des kystes de l'ovaire par l'absence de métalbumine : celle-ci est une pseudo-mucine, se différenciant de la mucine proprement dite en ce qu'elle ne précipite pas par l'acide acétique, mais s'en rapprochant par sa constitution chimique — gluco-protéide — et ses propriétés physiques.

En résumé, l'intérêt de ce cas réside dans les deux particularités suivantes : tout d'abord l'énorme volume du kyste qui contenait 23 litres de liquide, et avait quitté le pelvis pour se développer dans l'abdomen comme un kyste de l'ovaire ; en second lieu, la présence, dans ce liquide, de matières albuminoïdes — 4 gr. 58 d'albumine et de globuline par litre.

---

(1) DUPLAY. Des kystes du ligament large. *Archives de Tocologie*, 1883, p. 716, et 1884, p. 23.

(2) CASTAÑEDA Y TRIANA. *Des kystes des ligaments larges*. Thèse de Paris 1882, n° 13.

NOTE
SUR LA PÉRIVAGINITE PHLEGMONEUSE DISSÉQUANTE

Par le Dr **Von Lingen.**

La périvaginite phlegmoneuse disséquante ne se rencontre pas souvent et la plupart des observations sont dues aux auteurs russes. Tout récemment la description de cette affection a aussi été faite par les Allemands.

Le nom de périvaginite phlegmoneuse disséquante a été proposé en 1864 par un médecin de Moscou, le Dr Markonett (1). Celui-ci publia deux cas d'une variété d'inflammation vaginale non encore décrite et caractérisée par la chute d'une paroi ou d'une partie de la paroi du vagin et de la portion vaginale de l'utérus.

Dans ces cas, l'affection s'était développée chez deux jeunes femmes à la fois, sans aucune cause apparente, s'accompagnant de fièvre, de douleurs dans le bas-ventre et d'écoulement sanguin. Au bout de peu de temps, on vit sortir du vagin une sorte de corps étranger qui n'était qu'une partie de la paroi vaginale, constituée par les couches muqueuses et musculaires et la portion vaginale de l'utérus.

Les deux malades ont guéri. La chute simultanée de la paroi vaginale et de la portion vaginale de l'utérus confirme, d'après M. Markonett, leur unité anatomique basée sur ce fait que le dernier se développe aux dépens des éléments primitifs du vagin.

L'auteur attribue la cause de l'affection à une inflammation,

---

(1) *Gazette médicale de Moscou,* 1865, n° 4, et *Virch. Arch.*, t. XXXIV.

qui s'accompagnerait d'une collection de pus dans le tissu conjonctif entourant le vagin.

Minkevitch (1) ensuite publia un cas très grave de périvaginite phlegmoneuse disséquante qui se termina par la mort. Toute la partie intérieure de la paroi vaginale et le col utérin s'étaient détachés. A l'autopsie du petit bassin on trouva que la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure de la vessie avaient été détruites.

L'auteur est porté à expliquer le processus anatomique par l'inflammation phlegmoneuse du tissu conjonctif des organes voisins, mais il ne nie pas la possibilité, comme facteur étiologique, d'une embolie ou d'une thrombose de certains vaisseaux.

Plus tard, on trouve le cas de Wiegandt (2) qu'on peut mettre en parallèle avec ceux de Markonett, parce qu'ici aussi la muqueuse vaginale s'est détachée avec une couche musculaire sous forme d'un tube de 7 centimètres de longueur. La malade guérit, mais en présentant un rétrécissement accusé du vagin. Elle est devenue enceinte plus tard. Pas de renseignements ultérieurs sur elle. L'auteur a donné l'observation de la malade, sans aborder la question de l'étiologie de l'affection.

Dans un article sur la vaginite disséquante, M. Syromiatnikoff (3) mentionne un cas, observé par M. Tzirkounenko, d'une malade de trente-cinq ans chez laquelle il s'est détaché un morceau du tissu en forme de sac, d'une longueur de 10 centimètres et présentant le moulage exact du vagin et du col utérin. La maladie s'accompagnait de fièvre. L'examen microscopique démontre que la paroi du sac était constituée par la muqueuse, la sous-muqueuse conjonctive et quelques fibres musculaires lisses.

La sous-muqueuse présentait une masse informe, dans

(1) *Virchow's Arch.*, t. XLI.

(2) *Petersb. med. Wochensch.*, 1876, n° 37.

(3) *Vratch*, 1880, n°s 29, 30, et *Arch. f. Gynæcol.*, 1881, t. XVIII.

laquelle il aurait été difficile de distinguer son ancienne structure.

Dans cette observation, l'auteur attire pour la première fois l'attention sur l'état des vaisseaux : ils étaient en partie vides, en partie thrombosés.

Syromiatnikoff, en décrivant la métrite disséquante, ne cite le cas de Tzirkounenko que pour son analogie avec le sien. Et en effet, dans les deux cas, comme nous le verrons plus loin, le processus anatomique est le même.

Tchernyschev (1) rapporte deux observations de sa clientèle où il y avait détachement de plus ou moins grandes parties de la muqueuse vaginale des culs-de-sac et du col utérin. Les deux malades ont guéri. Dans le premier cas, l'affection compliquait une fièvre typhoïde et laissa après elle une fistule recto-vaginale. L'examen microscopique montra la présence de tissu musculaire en partie encore conservé, la destruction de l'épithélium, l'infiltration du tissu sous-muqueux. Le second cas était aussi une complication d'une maladie infectieuse aiguë, dont la nature n'avait pas été diagnostiquée.

Dans le cas publié par le Dr Dobbert (2), la périvaginite disséquante était également la complication d'une fièvre typhoïde. Le morceau sorti du vagin avait une longueur de 8 centimètres et quelques centimètres de largeur.

A l'autopsie, fièvre typhoïde en voie de guérison ; dans le cul-de-sac postérieur on trouve un orifice de 2 centimètres de diamètre, faisant communiquer le vagin avec la paroi abdominale. Le Dr Dobbert cite encore deux cas de métrite disséquante, qu'il avait observés à l'hôpital Petropavlovs au cours d'une endométrite puerpérale.

Khanoutine (3) rapporte une observation d'élimination du vagin d'un tissu nécrosé de 10 centim. de longueur et constitué par le col utérin et particulièrement de la partie vaginale droite.

---

(1) *Moniteur médical*, 1880, nos 50 et 51, et *Centralblatt f. Gyn.*, 1881, n° 35.
(2) *Peters. med. Wochensch.*, 1890, n° 23.
(3) *Gazette d'hôpital de Botkin*, 91, n° 32-34.

La malade, âgée de 35 ans, est entrée à l'hôpital pour une néphrite aiguë et pour une pneumonie catarrhale gauche ; M. Khanoutine désigne son cas sous le nom de périvaginite phlegmoneuse disséquante partielle.

La malade a guéri, mais le vagin est resté rétréci.

Weber (1) rapporte l'observation d'une malade, âgée de 38 ans, ayant expulsé par le vagin une masse cylindrique nécrosée.

La malade perdait beaucoup de sang et avait une température élevée. La masse expulsée examinée au microscope était constituée par les éléments des tissus de la paroi vaginale. La malade guérit, mais son vagin est resté rétréci. M. Weber considère comme cause de cette affection, le streptocoque pyogène, qu'il avait trouvé dans le pus. Un traumatisme antérieur a pu détruire l'intégrité de la couche épithéliale du vagin et a pu permettre aux microbes de pénétrer dans la profondeur des tissus où les éléments pathogènes ont pu affaiblir la vitalité des éléments des tissus et leur résistance aux microbes.

Parmi les auteurs allemands, c'est probablement Bröse (2) qui a publié, le premier, un cas de périvaginite disséquante. Il a montré un morceau cylindrique de la paroi vaginale d'une largeur de 4 et demi à 6 cent. et d'une longeur de 13 et demi centim. qui fut éliminé après la fin d'une pneumonie. La malade est guérie.

Dans les traités allemands de gynécologie et d'anatomie pathologique, la périvaginite disséquante n'est pas mentionnée (Thomas Ziegler, Langerhans) ou à peine, sans aucun détail (Fritsch, Pozzi, Schröder, Hofmeier). J. Veit (3) seul, rapportant la plupart des cas susmentionnés, consacre à cette maladie quelques lignes, la considérant comme excessivement rare. Pour être complet, je rapporterai encore le cas de Bizzozero (4), où

(1) *Journal d'accouch.*, 1896, n° 12.

(2) *Zeitsch. f. Geburtshülfe u. Gynæcol.*, t. XXIV, 1892 ; *Verhandlung der Gesell. für Geb. u. Gynæc. zü Berlin*, p. 362.

(3) *Handb. d. Gynæcol.*, t. I, p. 318.

(4) *Annales de Gynécol.*, 1875, p. 235.

chez une femme de 38 ans, ayant de la fièvre et une bronchite catarrhale, il s'est éliminé sous forme de sac la paroi vaginale et le col utérin. La malade a fait de la périmétrite et est guérie ; il n'est resté qu'un rétrécissement du vagin.

Le cas de périvaginite de Hermann (1) ne compte pas pour moi, par impossibilité de consulter l'original, et l'analyse n'étant pas exacte.

Je mentionnerai encore deux cas de Liebermeister (2). Dans le premier cas, terminé par la guérison, il s'est formé une fistule recto-vaginale ; dans le second cas (femme de 74 ans) il s'est formé entre le rectum et le vagin un abcès qui s'est ouvert dans le rectum et la malade est morte. Ce dernier cas peut-il se rapporter aux autres décrits plus haut, je ne saurais le dire.

Pendant que j'observais le cas de périvaginite phlegmoneuse disséquante, qui fait l'objet de ce travail, M. Busse (3) publiait un mémoire sur le même sujet.

La malade souffrait d'une atrésie du vagin suite d'adhérences ; celles-ci sont rompues par le décollement simple, le vagin tamponné et l'écoulement du sang arrêté par le perchlorure de fer. Rechute plusieurs mois après ; le vagin est de nouveau rempli de tampons imbibés de liqueur de ses quichlorate de fer et de chlorure de zinc. Les tampons sont restés trois jours, et quelques jours après leur enlèvement la paroi vaginale s'est éliminée complètement avec le col utérin sous forme d'un corps solide, charnu, long de 9 centimètres. Sous le microscope la coupe était constituée d'une couche interne sans noyaux et d'une couche externe remplie de noyaux, correspondant aux couches musculaires externes et au tissu périvaginal. Les vaisseaux étaient remplis de thrombus. Busse cite encore le cas de Nammack (4), qui a vu une nécrose du vagin après une cautérisation au perchlorure de fer (chlorure de fer au 1 et demi).

---

(1) *Jahresber. der Leist. u. Fortschr. der ges. Med.*, 1887, XII, p. 712.

(2) *Handb. der speciellen Pathol. u. Therap. v. Ziemssen.*, Bd 2.

(3) *Arch. f. Gynæcol.*, t. LVI, éd. 3.

(4) *Schmidt's Jahresbericht*, 1895. Jahrs XXIX, t. II.

La littérature se termine par la publication récente des deux cas de Bodenstein (1). Dans l'un de ces cas, il s'est formé, sans cause apparente, dans la paroi vaginale, une petite tumeur fluctuante, passant sans démarcation accentuée dans le tissu voisin.

Tout s'est terminé par l'élimination d'une partie du vagin et par la guérison de la malade avec un léger rétrécissement du vagin. Dans le second cas, il y avait un abcès périvaginal qui a guéri après l'incision. Bodenstein croit qu'il lui a été donné d'observer la première phase de la périvaginite phlegmoneuse disséquante. Il est possible que la périvaginite passe au début par cette phase qui, jusqu'à présent, a échappé à l'observation.

Le nombre de cas de l'affection qui nous intéresse est de dix-sept dont trois se sont terminés par la mort (Minkevitch, Dobbert, Liebermeister) et quatorze par la guérison. Sur ces quatorze cas, huit ont été suivis d'un plus ou moins grand rétrécissement du vagin. Comme facteur étiologique, il existe cinq cas de fièvre typhoïde, un cas de pneumonie, de bronchite catarrhale avec fièvre; deux fois il y avait eu un traitement local par le perchlorure de fer. Dans huit cas, les causes sont inconnues.

Je passe maintenant à l'observation de ma malade :

Obs. — Mme Akoulina Ivanova, âgée de trente-neuf ans, mariée, blanchisseuse, n'a jamais eu d'enfants. Ses règles sont irrégulières; après un retard de deux mois, il ya eu des pertes abondantes pendant deux mois et demi, ensuite peu abondantes. La malade se plaint de douleurs dans le dos et à l'épigastre; elle a de la fièvre depuis huit jours. Les pertes blanches n'ont jamais senti mauvais; jamais il n'a été fait d'injections. La malade est forte et d'une bonne constitution. Le vagin est large. A la place du col utérin, on sent un corps mou, comme une éponge; dans le cul-de-sac et dans la partie supérieure du vagin, on a aussi une sensation anormale de quelque chose de mou, comme une éponge, l'utérus est en antéflexion, mobile, de dimensions normales, ainsi que les annexes. Dans le tissu péri-utérin il n'y a rien d'anormal.

Au spéculum, on voit que le col est transformé en une masse gris

(1) *Monatsch. f. Geburtshilfe u. Gynæcologie*, 1898, t. VIII, éd. 6.

sale, molle et gangréneuse, dans laquelle cependant on peut encore distinguer les deux lèvres et l'orifice externe. Le processus gangrénent a gagné les culs-de-sac et occupe une grande partie des parois vaginales latérales, antérieure et postérieure, les deux tiers de cette dernière. Le tissu sain est séparé du tissu gangréneux par une ligne de démarcation très accentuée; on peut détacher celui-ci légèrement du tissu sain en produisant une petite hémorrhagie. Il y a des pertes blanches gris sale d'une odeur fétide. Le traitement consiste en irrigations du vagin et tamponnement à la gaze iodoformée.

L'examen microscopique de l'écoulement a montré la présence des staphylo et des streptocoques séparés et en groupes et les cellules dégénérées de l'épithélium pavimenteux du vagin.

La température est restée tout le temps normale (ne dépassant pas 37°,6).

Le 20 novembre, troisième jour du séjour de la malade à l'hôpital, pendant qu'on changeait les tampons, il s'est éliminé une masse gangréneuse à bords dentelés, d'une longueur de 10 centimètres, d'une largeur de 4 centimètres et d'une épaisseur de 1 centimètre et demi, d'une couleur gris sale, presque noire en certains endroits. Ce morceau est le moule exact d'une partie du vagin et de toute la portion vaginale de l'utérus, avec l'orifice correspondant à l'orifice du col utérin. Une surface de cette masse est assez unie ; l'autre, tournée vers la paroi vaginale, est rugueuse, spongieuse.

Après l'expulsion de la masse nécrosée, le col utérin se présente sous forme d'un petit mamelon, d'un rouge vif; le vagin présente dans presque toute sa circonférence l'aspect d'une plaie récente. La muqueuse devenait plus propre et commençait à se couvrir de granulations. Les écoulements continuaient à être encore ichoreux ; ensuite ils sont devenus sanguinolents, et ont cessé bientôt complètement. Lavages et tamponnement.

Quand, le 6 décembre, par conséquent le dix-huitième jour du séjour à l'hôpital, la malade l'a quitté sur sa demande, la muqueuse était couverte d'un épithélium nouveau. La malade n'est plus revenue, malgré notre conseil, et je l'ai perdue de vue.

L'examen microscopique de la masse a montré qu'elle était constituée d'un tissu homogène sans structure, se colorant faiblement. Dans ce tissu homogène, on rencontre quelquefois des fibres dissociées de tissu conjonctif. Les vaisseaux, sur de rares coupes longitudinales et transversales sont thrombosés, les parois ne présentent pas de modi-

fications accusées. Sur des préparations, colorées par la méthode de Gram, on voit une quantité de streptocoques disposés en chaînes et en groupes. Les streptocoques se trouvent surtout à la surface, remplaçant la muqueuse détruite, ensuite autour des vaisseaux thrombosés et dans les thrombus eux-mêmes.

Notre cas peut être mis en parallèle avec ceux décrits plus haut.

Malgré nos questions, il nous a été impossible de trouver la cause qui a provoqué dans notre cas une telle élimination de la plus grande partie du vagin, du cul-de-sac et du col utérin.

Tous les auteurs évitent d'aborder la question obscure de l'étiologie et il n'y a que M. Busse (1) qui s'en occupe ; nous allons y revenir.

La plupart admettent l'existence d'un processus inflammatoire particulier dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin et ce processus se propage dans la paroi vaginale qui se nécrose et s'élimine sous forme d'un séquestre. Ainsi, Breisky (2) dit : « Il est évident que l'oblitération du vagin n'est pas le résultat de tous les phénomènes qui se passent exclusivement dans la muqueuse ; dans ce cas, un rôle très important est joué par l'inflammation concomitante du tissu cellulaire *périvaginal.* »

Cependant cette explication ne s'accorde pas avec les données anatomiques et avec le caractère de la situation et de la propagation du processus. Le tissu cellulaire périvaginal, comme l'a démontré M. Busse dans son travail, communiquant au moyen d'un riche réseau de vaisseaux sanguins et lymphatiques avec le tissu cellulo-adipeux du bassin, toute inflammation phlegmoneuse, se développant dans le tissu cellulaire périvaginal, devrait se propager dans le bassin. Or, la périvaginite se localise exclusivement autour du vagin et reste limitée, bien qu'il n'y ait aucun obstacle anatomique à sa propagation.

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Handb. d. allgem. u. spec. Chirurgie,* t. IV, s. I, p. 58.

Les autres auteurs expliquent ce phénomène de cette façon que l'inflammation commence dans la muqueuse et se fraye un chemin à travers la paroi vaginale (Weber).

La muqueuse vaginale, n'étant pas dans son intégrité parfaite, permet aux agents de l'inflammation de pénétrer hors de la paroi vaginale et d'y exercer leur action.

Les plaies de la muqueuse vaginale, soit opératoires, soit d'autres origines, et les modifications inflammatoires sont fréquentes, et pourtant il n'y a pas un seul cas de périvaginite qui puisse être attribué à ces lésions.

Busse considère que tous les cas de périvaginite qu'il a trouvés dans la littérature médicale (sans les énumérer) sont sous la dépendance d'affections graves, contagieuses et fébriles. Comme dans les autres muqueuses, à savoir le larynx, le pharynx, etc., l'affection peut être ici primitive, locale ou secondaire quand l'élément contagieux est apporté par l'intermédiaire du sang d'un autre endroit. Tous les facteurs affaiblissant l'organisme malade sont des causes prédisposantes. L'action des ptomaïnes dans les maladies infectieuses est la même que l'action du perchlorure de fer dans le cas de Busse ; le résultat est la mortification de la muqueuse.

L'inflammation purulente périvaginale n'est pas un simple phlegmon ; il serait préférable d'appeler ce processus *colpitis gangrænosa* ou *necrotica*.

En passant en revue tous les cas décrits, il y a une circonstance importante qui saute aux yeux : *dans presque tous les cas, le col utérin se nécrose en même temps que la paroi vaginale.*

Ce n'est pas une coïncidence simple, ce qui est déjà confirmé par la fréquence de cette coïncidence et par les rapports anatomiques, ainsi que par les lois élémentaires de l'histoire du développement.

Par les recherches anatomiques et embryologiques on a suffisamment établi que la portion vaginale et en particulier la partie vaginale du col utérin (Schröder) doivent être considérées, quand on envisage l'histoire de leur développement,

comme parties intégrantes du vagin. MM. Werth et Grousdev (1), dans un travail récent, très soigné et plein de détails, se sont spécialement occupés de la morphologie et du développement de la musculature de l'utérus sur toute une série d'utérus embryonnaires, infantiles et d'adultes.

A ce lien embryologique qui existe entre la portion vaginale et le vagin il faut ajouter la distribution originale des vaisseaux. Nagel (2) a fait beaucoup de recherches sur cette question, en préparant et en injectant des vaisseaux sur des cadavres.

La partie supérieure du vagin et la portion vaginale de l'utérus reçoivent le sang d'une branche de l'artère utérine, l'artère cervico-vaginale. Cette artère longe le bord latéral du col utérin et se divise plus bas en plusieurs branches, dont quelques-unes vont vers les parois antérieure et postérieure du col, où tantôt elles se terminent, tantôt elles vont vers les parois antérieure et postérieure du vagin ; d'autres branches se dirigent directement vers le vagin.

Les branches cervicales sont reliées au moyen d'anastomoses assez considérables avec l'artère utérine du côté opposé. Ces anastomoses sont surtout apparentes sur l'utérus gravide. Une de ces anastomoses passe quelquefois sur la ligne médiane de la paroi antérieure ou postérieure du col en bas sous un angle droit pour se diriger sur le cul-de-sac antérieur ou postérieur et passer ensuite en suivant la ligne antérieure de la paroi vaginale en bas. C'est l'artère azygos vaginale décrite par Hyrtl (Wagel) qui anastomose en partie avec d'autres branches cervicales et en partie avec les branches de l'artère vaginale.

La distribution des veines est moins caractéristique, elles forment des réseaux et plexus à branches multiples qui ont des situations irrégulières.

Le plexus vaginal situé dans la paroi vaginale et dans le

(1) *Arch. f. Gynæcol.*, t. LV, ed. 2.
(2) *Arch. f. Gynæcol.*, t. LIII, p. 3.

col utérin se réunit aux veines vésico-vaginales et utéro-vaginales, dont les rapports mutuels, ainsi que le lieu de réunion et les anastomoses, se présentent de diverses manières dans des cas différents.

Les vaisseaux lymphatiques se disposent strictement comme les artères, d'après le lien embryologique existant entre le vagin et la portion vaginale de l'utérus. Les vaisseaux lymphatiques du tiers supérieur du vagin, comme l'a montré Schauta (1) sur un beau dessin, se groupent en deux ou trois troncs et se réunissent avec les vaisseaux venant du col utérin, ils accompagnent plus loin l'artère et veine utérine et se dirigent avec ces dernières, suivant une direction transversale, vers la paroi latérale du bassin.

Ainsi on voit que la partie vaginale de l'utérus et la portion supérieure du vagin se trouvent intimement liées l'une avec l'autre aussi bien au point de vue embryologique que par l'anatomie du système vasculaire.

L'affection simultanée des deux parties ne dépend-elle pas de cela ?

En effet, quelques auteurs signalent ce fait. Ainsi, Ebermann (2), après la communication de Tchernyschev, demanda si les particularités de la distribution des vaisseaux ne peuvent pas éclaircir l'étiologie de cette affection, n'y a-t-il pas des embolies locales ? Il n'a pas été répondu à cette question pendant les débats. Khanoutine et Minkevitch (3) posent la même quesiton et dans le même but, mais le premier répond négativement, sans proposer une meilleure solution; le second admet qu'un thrombus ou une embolie peuvent quelquefois servir de point de départ étiologique à la périvaginite disséquante.

Enfin, après mon rapport, pendant les débats, M. Dobbert (4) a dit qu'il considérait le processus comme une conséquence d'un trouble de la circulation.

---

(1) *Lehrb. der ges. Gynæcol.*, 1895.

(2) *Moniteur méd.*, 1880, n° 49, p. 389 et 390.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Comptes rendus de l'Assemblée des Médecins de l'hôp. Petrop., à Saint-Pétersbourg*, 1899.

Je me rallie à cette opinion, car je trouve que les autres données étiologiques n'ont pas la même importance.

Il faut considérer ce processus de la façon suivante : par suite d'un thrombus ou d'une embolie, une certaine région vasculaire est obstruée, il se fait un trouble de nutrition d'un certain territoire de tissus qui finissent par se nécroser.

Le processus est ici le même que dans l'infarctus hémorrhagique décrit par Popoff (1) et même dans la gangrène sénile et dans les eschares.

La rareté de l'infarctus hémorrhagique de l'utérus est attribuée par M. Popoff aux conditions exceptionnellement favorables de la circulation utérine qui reçoit le sang des deux artères paires, l'artère utérine et l'artère spermatique.

Existe-t-il des modifications dans les vaisseaux des organes génitaux et quelles sont les modifications qui prédisposent aux embolies et aux infarctus ? Il est impossible de répondre actuellement à cette question parce que la plupart des malades guérissent et qu'on n'a pas fait d'examen microscopique des vaisseaux de celles qui sont mortes. Popoff a trouvé à l'autopsie d'une malade de quarante ans, morte d'une endocardite chronique et d'une néphrite, en dehors d'un infarctus pulmonaire, un infarctus du col utérin. Les branches de l'artère utérine présentaient des modifications pathologiques différentes, l'infiltration calcaire, l'endocardite chronique allant jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux, des thrombus anciens et récents.

Dans des conditions normales, la structure de l'artère utérine est déjà, d'après les recherches de Westphalen (2), différente de la structure des autres artères du corps. Après l'accouchement, les vaisseaux utérins sont soumis à toute une série de modifications (Balin) (3).

Herheimer (4) rapporte le compte rendu de l'autopsie d'une femme morte d'une néphrite hémorrhagique chronique.

---

(1) *Arch. f. Gynæcol.*, t. XLVII, éd. 1.
(2) *Virchow's Arch.*, t. CVI, éd. 2.
(3) *Arch. f. Gynæcol.*, t. CVI, éd. 2.
(4) *Virch. Arch.*, t. CIV, éd. 1.

Outre l'hypertrophie du cœur et des infarctus pulmonaires, on a trouvé un infarctus et une gangrène du vagin, de la portion vaginale de l'utérus, de la partie inférieure du rectum, de l'espace de Douglas, et aussi de la péritonite. L'artère hypogastrique droite était obstruée par une embolie située à cheval sur le lieu de son origine; à gauche, les artères utérine et vaginale, artères hémorrhoïdales externes, artère hémorrhoïdale moyenne et artère périnéale ont été embolisées.

Il en est résulté un trouble de nutrition qui a amené un infarctus hémorrhagique. « Il n'y a rien d'étonnant que l'infarctus hémorrhagique ait provoqué dans ce cas non seulement une nécrose, mais une gangrène du territoire mortifié, auquel les agents de suppuration ont un accès facile. »

Il a existé, par conséquent, dans la périvaginite phlegmoneuse disséquante de la partie supérieure du vagin, *une obstruction des vaisseaux, nourrissant la portion vaginale du col utérin et les parties supérieures du vagin.* Comme les vaisseaux sont disposés à la périphérie du col utérin et du vagin, la nécrose s'est étendue circulairement dans les tissus.

Cette disposition, basée sur les données anatomiques, explique simplement ce fait remarquable, que le col utérin était chaque fois éliminé avec une plus ou moins grande partie de la paroi vaginale.

Cette explication n'est pas applicable à tous les cas, mais je crois qu'elle peut l'être à beaucoup de cas, si ce n'est pas à la grande majorité. Les cas de Busse et Nammack, dans lesquels la chute du séquestre fut déterminée par l'application locale du perchlorure de fer (chlorure de fer à 1 1/2), demandent, en tout cas, une autre explication.

Nous avons ici affaire à l'action caustique du perchlorure de fer et du chlorure de zinc sur la muqueuse vaginale et sur ses couches profondes. Dans ce processus, comme le remarque justement M. Bodenstein, il n'y a que le résultat final qui présente de l'analogie avec la périvaginite.

Les maladies infectieuses (typhus abdominal, pneumonie) ou autres maladies fébriles peuvent être la cause d'un trouble de

circulation ; à la fin de la maladie, sous l'influence de l'abaissement de la nutrition générale, la circulation devient moins active, un thrombus ou une embolie peuvent se manifester, non seulement dans le cerveau, la rate, etc., mais quelquefois aussi dans les branches de l'artère utérine. Parfois, à la suite d'un processus inflammatoire local à la circonférence du vagin, un thrombus se développe dans un vaisseau voisin qui détermine la thrombose de tout un territoire de tissus.

Dans notre observation, la malade, avant son entrée à l'hôpital, avait une maladie fébrile, dont le diagnostic n'a pas été fait.

La présence des streptocoques dans la partie éliminée, surtout sur la surface de la muqueuse, pathologiquement modifiée, dans les thrombus de l'intérieur des vaisseaux et à leur périphérie, indique que les micro-organismes ont pénétré du thrombus dans les tissus environnants, où ils ont trouvé, dans leur vitalité diminuée, des conditions favorables pour leur multiplication.

Quant à la marche clinique de la périvaginite, les symptômes généraux présentent peu de particularités. Les malades ont plus ou moins de fièvre, elles se plaignent de douleurs dans le bas-ventre et de pertes blanches d'une odeur fétide.

La partie nécrosée, se distinguant nettement par sa couleur, s'élimine au moyen d'un processus d'élimination ; la plaie dénudée se couvre de granulations et se guérit par cicatrisation.

Le pronostic, dans la grande majorité des cas, est favorable.

Le traitement consiste en injections antiseptiques et, plus tard, dans le tamponnement, ayant le but de prévenir la formation des adhérences et l'atrésie.

(Traduit du russe par M. Rechtsamer.)

REVUE CLINIQUE

HOSPICE D'IVRY. — Dr HARTMANN.

Hydrosalpingite droite à pédicule tordu. Pelvi-péritonite adhésive. Appendicite. Ablation des annexes droites et résection de l'appendice. Guérison.

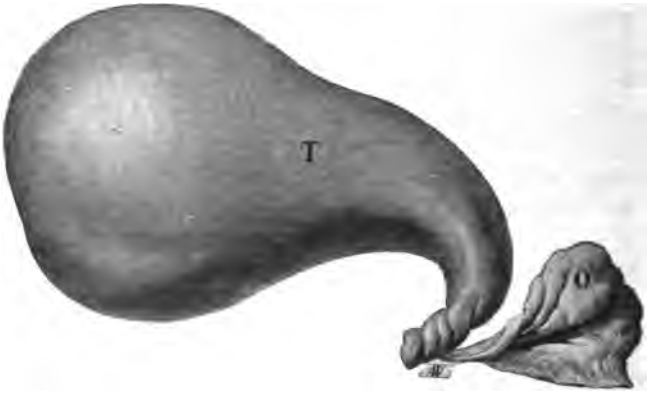
M. D..., 33 ans, réglée à 12 ans régulièrement, a eu, il y a dix ans, un enfant qui est mort en bas âge; un an plus tard, on lui fait à St-Louis un curettage pour une métrite hémorrhagique. Elle va bien pendant trois ans, puis, il y a six ans, est prise de douleurs, surtout marquées à droite; les règles reviennent, plus abondantes et plus fréquentes, aussi rentre-t-elle à l'hôpital St-Louis, où on lui fait pour la deuxième fois un curettage. Elle sort améliorée, mais non guérie; les règles restent irrégulières, venant tantôt une, tantôt plusieurs fois par mois; pertes blanches dans leur intervalle.

Il y a trois ans, à la suite d'une métrorrhagie très abondante, elle entre à Lariboisière, où on lui fait un troisième curettage. Pendant deux ans elle est assez bien, mais pendant tout le courant de l'année dernière, elle a été souffrante. En novembre 1899, elle entre à l'hôpital Bichat pour une métrorrhagie qui dure depuis un mois; celle-ci ayant cessé par le simple repos, elle quitte l'hôpital, mais elle y rentre le 8 décembre pour des accidents péritonéaux aigus qui ont débuté la veille. A 8 heures du soir elle avait été prise de vomissements alimentaires, puis bilieux et de douleurs abdominales violentes, d'abord localisées dans le bas-ventre et à droite, bientôt irradiées à tout le bassin. Pendant quatre jours elle eut de la fièvre, des douleurs, du ballonnement abdo-

minal ; par le repos, la glace sur le ventre, ces symptômes s'amendèrent et, au bout de quinze jours environ, la malade pouvait se lever ; mais comme elle souffrait toujours de temps en temps, même en l'absence de toute fatigue, elle entre à l'Infirmerie de l'hospice d'Ivry.

Le col est irrégulier, sur sa lèvre postérieure est une petite bosselure ; son orifice admet l'extrémité de la pulpe du doigt et regarde dans l'axe du vagin. Le corps de l'utérus se perd dans une masse arrondie qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic et qui est mobile avec lui.

3 janvier 1900. Le chloroforme est donné par M. Carton ; la *cœliotomie* est pratiquée par M. Hartmann avec l'aide de M. Gosset. A l'ouverture de l'abdomen, nous tombons sur l'épiploon recouvrant une masse



qui émerge de l'excavation et qui lui adhère. Ayant décollé assez facilement avec l'ongle cet épiploon et l'ayant relevé, nous tombons sur une masse arrondie, noirâtre, partout adhérente. Nous la libérons, l'attirons dans la plaie et voyons alors, sortant de la partie gauche de l'excavation, une salpingite à pédicule tordu dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre. Ce pédicule est blanc, l'ovaire sain ne participe pas à la torsion ; la trompe, au contraire, est distendue par une collection séro-sanguinolente.

Ligature du pédicule, le fil casse ; immédiatement l'utérus abandonné à lui même file, se détord, il était tordu d'un demi-tour sans que nous l'ayons remarqué jusqu'alors ; la salpingite, que nous avions au début supposée gauche, était en réalité implantée à droite.

Nous lions alors les vaisseaux utérins et utéro-ovariens isolément, et fermons le ligament large par un petit surjet.

Les annexes gauches présentent quelques adhérences que nous libérons ; comme le pavillon est perméable, nous faisons de la conservation.

Au contraire l'appendice, rouge, saignant, qui adhérait à la masse tordue, nous semble devoir être enlevé. Nous lions son méso, puis l'appendice, excisons la muqueuse et nous enfouissons le moignon.

Trois ligatures sont placées sur l'épiploon dont nous réséquons la partie enflammée et adhérente. Drain abdominal. Suture à trois étages.

Le drain est retiré le 3e jour ; la guérison se fait sans incident et la malade quitte l'hôpital, guérie, le 24e jour.

Examen des pièces. — Les pièces enlevées ont été examinées au laboratoire de la clinique de la Pitié, par notre ami le Dr Bezançon. L'examen du liquide de la trompe sur lamelles et les recherches par cultures n'ont montré la présence d'aucun agent microbien.

Une coupe du pédicule montre une grosse veine, siège d'une thrombose oblitérante avec organisation du caillot, de petites veines sont le siège de thromboses cruoriques. Les artères sont atteintes d'endartérite sans sclérose. Le tissu interstitiel est sclérosé, très riche en cellules conjonctives jaunes.

Remarques. — Nous avons publié cette observation parce que la torsion des salpingites est encore assez mal connue. Déjà dans ce recueil nous avons eu, à deux reprises, l'occasion de parler de cette affection et nous avons, avec notre élève Reymond, publié quatre observations de salpingites à pédicule tordu (1).

Si à nos 5 observations nous ajoutons 2 cas de Warneck, 1 de Hirst, 1 de Pierson, 1 de Jacobs, 2 de Legueu, 1 de Gosset et Reymond, nous arrivons à un total de 15 observations (2).

L'étude de ces 15 cas va nous permettre de préciser quelques points.

---

(1) Hartmann et Reymond. *Annales de Gynécologie*, 1894, t. II, p. 172, et 1898, t. II, p. 161. — On trouvera dans ces deux mémoires la bibliographie de la question.

(2) Nous laissons de côté 1 cas de Stroganof, rangé généralement dans les salpingites à pédicule tordu et où il s'agissait d'un adénosarcome de la trompe, et le cas de Warneck, qui a trait à un carcinome de la trompe.

Dans 5, la torsion portait à la fois sur la trompe et sur l'ovaire; dans 7, sur la trompe seule; 3 observations manquent de détails sur ce point.

10 fois, la torsion siégeait à droite, 4 fois à gauche ; 1 fois, elle n'est pas indiquée. Il y a donc manifestement une *prédominance à droite.*

Le sens de la torsion était indiqué dans 8 observations : 2 torsions d'annexes gauches s'étaient faites en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre; sur 6 torsions d'annexes droites, il y avait 4 fois torsion dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre, 2 fois torsion en sens inverse. Il semble donc bien qu'une certaine règle préside à la torsion, et que cette dernière débute le plus souvent par une chute de l'extrémité externe de la trompe en arrière, ce qui produit à *droite un mouvement dans le sens de celui des aiguilles d'une montre, à gauche un mouvement en sens inverse.* Les 2 cas, qui font exception à la règle, avaient trait à des annexes droites qui, au lieu de tomber en arrière, avaient évolué en avant vers le cul-de-sac vésico-utérin; l'état gravide de l'utérus avait peut-être joué un rôle dans un de ces deux cas.

Le *nombre des tours* est très variable, de 1 à 4. Dans quelques cas, l'utérus suit le mouvement et est lui-même tordu d'un quart à un demi-tour, comme dans l'observation que nous venons de rapporter.

Les organes tordus présentent deux ordres de *lésions :* les unes sont antérieures à la torsion et relèvent de la maladie causale, une hydrosalpingite le plus souvent, plus rarement une salpingite banale, exceptionnellement un pyosalpinx, une ovarite hémorrhagique. Les autres dépendent, au contraire, de la torsion et sont identiques à celles que l'on observe d'une manière générale dans les organes à pédicule tordu ; elles sont caractérisées par des hémorrhagies, les unes dans les cavités (trompes, petits kystes ovariens), les autres dans la trame même des tissus.

Tous les vaisseaux du pédicule sont thrombosés ou, au contraire, on trouve encore quelques artères perméables.

Cliniquement, la torsion des annexes enflammées peut se présenter sous deux formes différentes : dans l'une, le début est brusque, les symptômes violents simulant ceux de l'appendicite aiguë ou de l'occlusion intestinale ; il s'agit alors d'une torsion serrée avec thrombose complète des vaisseaux du pédicule. Dans l'autre, il y a des crises douloureuses successives, ressemblant plus ou moins à des coliques néphrétiques ; la torsion est moins serrée et se fait progressivement ; quoi qu'il en soit, dans les deux cas, il y a des phénomènes plus ou moins marqués de pelvi-péritonite passagère et un développement rapide de la tumeur annexielle.

L'*indication opératoire* est évidente : il faut ouvrir le ventre et enlever les annexes malades.

Nous ne chercherons pas à élucider la *pathogénie* de ces torsions, qui reste assez obscure pour nous. Nous dirons, cependant, à propos des poussées péritonitiques, que nous ne pouvons nous rallier à l'opinion émise, ces jours derniers, par notre collègue Legueu, à savoir qu'il s'agit de péritonites se développant très rapidement au contact d'une tumeur déjà septique et privée brusquement de sa circulation (1). Cette septicité est loin d'être prouvée. Dans la plupart des observations, l'examen sur lamelles et les recherches par les moyens de culture, n'ont décelé la présence d'aucun micro-organisme. Aussi croyons-nous qu'il s'agit là d'une variété de ces péritonites aseptiques que nous avons étudiées avec M. Morax et dont la torsion d'organes abdominaux, celle de la rate aussi bien que celle d'un kyste ovarique ou d'une salpingite, est une des causes les plus habituelles (2).

---

(1) LEGUEU. *Presse médicale*, 20 janvier 1900, p. 37.

(2) HARTMANN et MORAX. *Annales de Gynécologie*, 1894, t. Ier, p. 193.

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAUX RÉCENTS
SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE

Par le Dr **Oswald Fels.**

Traduit du *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. II, p. 65,
par R. LABUSQUIÈRE.

Des travaux nombreux parus sur la question, prenons d'abord celui de Sänger (*A*) relatif à la **cautérisation intra-utérine**. Sänger (1) conseille de se servir, au lieu de la sonde en aluminium de Playfair, très employée jusqu'à présent, du cathéter américain en argent qu'il est possible d'introduire facilement jusqu'au fond de l'utérus, sans fixation préalable du col, même quand il s'agit d'utérus très fléchis et à col étroit. Pour mettre la portion vaginale du col bien en vue, il donne la préférence au spéculum à demi-gouttières de Neugebauer qui, en raison de ses applications multiples, offre de grands avantages pour le praticien. Avec le porte-caustique américain, on peut appliquer dans la cavité utérine des quantités relativement considérables de liquides caustiques comme avec la sonde de Playfair. En tout cas, il faut préférer cet instrument à la seringue de Braun. Contre les hémorrhagies rebelles de la ménopause, la cautérisation par les liquides caustiques, le chlorure de zinc, par exemple, est efficace le plus souvent. Il est bon de ne pas cautériser immédiatement après un curettage, de laisser un intervalle de quelques jours entre les deux opérations.

(*A*) Voir *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, juillet 1895, p. 55. — R. L.

(1) Les numéros placés au courant du texte, renvoient à la bibliographie *in fine*.

Le traitement de l'endométrite par le tamponnement avec de la gaze n'est pas à conseiller, parce que la gaze placée dans l'utérus ne draine pas ; elle laisse plutôt filtrer les produits séreux et retient les sécrétions muqueuses et purulentes. Avant tout, il importe de procéder aux cautérisations avec méthode, elles doivent être rares, mais énergiques et très espacées. Quand on emploie la solution de chlorure de zinc, l'intervalle doit être au moins de seize à vingt jours. Souvent, deux à trois suffisent à la cure d'une endométrite catarrhale. La même solution est également utilisable pour la cautérisation des érosions.

Dans la discussion que provoqua le travail de Sänger, Zweifel (2) mit en garde contre la répétition trop grande des cautérisations. A la *Frauenklinik* de Leipzig, dans les cas d'endométrite corporéale, on applique, après curettage, dans l'utérus de l'iodoforme au moyen de tubes et de tiges entourées d'ouate. Zweifel se sert de préférence du spéculum de Trélat. Contre le catarrhe suppuré du col, Döderlein (3) recommande le tamponnement du col avec de la gaze imbibée d'une solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent, à 6 à 8 p. 100 d'alumnol (*A*).

V. Winckel (4) examine dans un important mémoire les nouveaux traitements de l'endométrite. Il s'élève contre une thérapeutique intra-utérine intensive, à cause de l'excitation nerveuse qu'elle détermine souvent. Le traitement le plus simple de l'endométrite glandulaire consiste dans les lavages quotidiens de l'utérus avec une solution sodique à 3 p. 100 et un simple cathéter ; plus tard, dans les lavages avec des solutions à 2 1/2 p. 100 d'acide phénique, à 1/2 — 1 p. 100 de lysol, à 2 p. 100 de nitrate d'argent.

Il déconseille les autres agents thérapeutiques (sublimé 1 : 1500, chlorure de zinc 2 1/2 p. 100, alumnol 1/2 — 1 p. 100) à cause des dangers de l'action caustique ou des risques d'intoxication. Il combat les métrorrhagies sous la dépendance de l'endométrite fongueuse par les injections, avec la seringue de

(*A*) L'alumnol est un sulfonate de naphtol et d'alumine.

Braun, de perchlorure de fer (1 gramme). Il proscrit comme trop dangereux le crayon au chlorure de zinc, ainsi que les bougies à l'alumnol à 2 1/2 — 5 p. 100. Outre le perchlorure de fer, il utilise comme caustiques : la teinture d'iode, la solution à 1 p. 100 d'alumnol, à 2 1/2 — 5 — 50 p. 100 de chlorure de zinc. On peut pratiquer ces cautérisations sans exiger le repos au lit, mais il ne faut pas les faire plus souvent que toutes les deux à trois semaines.

Le dernier moyen, dans l'endométrite déciduale et fongueuse, est le curettage.

V. Winckel utilise toujours la narcose pour l'abrasion de la muqueuse utérine, la fixation de l'utérus, la dilatation du col par les dilatateurs solides. Il n'est fait de lavages ni avant ni après l'abrasion de la muqueuse, on se borne à nettoyer l'utérus avec des sondes entourées d'ouate. L'abrasion faite, on pratique une cautérisation.

Laubenburg (5) se sert, contre les érosions, de la sonde de Playfair chargée d'acide nitrique fumant ; puis il touche rapidement avec un peu d'acide phénique liquide pur, cautérisation qui produit une eschare.

A l'occasion d'un cas de médecine légale (mort par péritonite aiguë douze heures après une injection de chlorure de zinc à 50 p. 100) (*A*), Hofmeier (6) s'occupe de la thérapeutique intra-utérine. A l'autopsie, constatation importante, la trompe ne présenta aucune trace de l'action caustique. Il faut donc, pour expliquer la mort, admettre une propagation, à travers la paroi utérine, de l'inflammation au péritoine avec, comme conséquence, la péritonite finale. La seringue de Braun qui servit à injecter le caustique dans la cavité utérine n'est pas à incriminer du moment qu'il n'y a pas eu passage du liquide dans les trompes.

D'ailleurs, *jamais* Hofmeier n'a observé d'accident imputable à cet instrument, tandis qu'il y a lieu d'incriminer l'emploi d'agents thérapeutiques défectueux, parmi lesquels il

(*A*) Voir *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, juin 1897, p. 459 — R. L.

range la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc. Il se sert, presque exclusivement, pour la thérapeutique intra-utérine, de la seringue de Braun ; après dilatation du col, il emploie, comme caustique, une solution alcoolique phéniquée de 10 — 20 p. 100.

Bröse (7) ne croit pas que dans le cas d'Hofmeier il se soit agi d'une péritonite mortelle causée par le chlorure de zinc ; il admet plutôt une action *toxique* sur l'organisme du chlorure de zinc. Mais, comme Hofmeier, il tient la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 pour un agent thérapeutique dangereux. Toutefois, contrairement à son collègue, il ne se sert plus de la seringue de Braun, parce qu'il a vu, consécutivement à son emploi, malgré la dilatation préalable de l'utérus, et des lavages antiseptiques, survenir des inflammations périmétritiques. Il fait les cautérisations intra-utérines avec des sondes de Playfair entourées d'ouate. Comme, en général, le processus catarrhal ne remonte pas au-dessus de l'orifice interne, Bröse traite d'abord le col ; en cas d'échec seulement, il porte la cautérisation sur la cavité utérine entière.

Dans une réponse au travail d'Hofmeier, Dührssen (8) déclare qu'il conseille de laver la cavité de l'utérus avant et après chaque lavage. Contrairement à l'opinion d'Hofmeier, il juge la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 un agent caustique très utilisable. Pour dilater le col, il fait, la veille du jour de l'opération, un tamponnement à la gaze de l'utérus (*A*).

Sänger (9 et 10) également apprécie beaucoup le chlorure de zinc comme caustique, toutefois il tient pour dangereux l'injection intra-utérine de ce médicament. Il a, antérieurement, appliqué dans cinq cas la méthode de Dumontpallier (ultérieurement il dut, dans trois de ces cas, faire l'hystérectomie parce qu'il était survenu, du fait de la cautérisation, des lésions d'atrésie). Comme Bröse, il ne pense pas qu'on ait mis, dans le cas cité par Hofmeier, hors de doute la péritonite comme cause du décès ; à son avis, c'est le choc qui a tué le malade. Il fait des cautérisations rares et les pratique avec un

(*A*) Voir *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, juin 1897, p. 466 — R. L.

minimum d'un caustique liquide, énergique. Il se sert du porte-caustique en argent qu'il a conseillé, instrument flexible, malléable, entouré d'ouate, et de la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc (la malade n'est pas mise au repos ; spéculum de Neugebauer, pas de lavage préalable, pas de dilatation de l'utérus, introduction du porte-caustique sans fixation de la portion vaginale du col de l'utérus). Les cautérisations sont faites à intervalles de quatre à seize jours ; cette méthode est surtout efficace contre les hémorrhagies de la ménopause.

A l'occasion du fait mis en évidence par Hofmeier, Döderleiu (11) a institué des recherches expérimentales sur les injections intra-utérines. Il constata que sur 6 cas, estimés justiciables de l'extirpation totale, et dans lesquels il avait, dans un but d'expérimentation, injecté des liquides (solution de violet de méthyle, de chlorure de zinc, de teinture d'iode), une fois seulement (endométrite fongueuse très accusée) le liquide n'avait pas pénétré jusque dans les trompes. Dans tous les autres, malgré la dilatation préalable du col et la progression lente du piston de la seringue, il y avait eu reflux du liquide dans la trompe ou dans le péritoine.

Menge (12) a communiqué à la *Soc. obst. de Leipzig* un travail sur la **cautérisation intra-utérine** qui n'est pas encore publié.

Dans la discussion survenue à l'occasion de ce travail, Sänger soutient que la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 possède un pouvoir de désinfection égal à la solution de formaline à 25 p. 100 préconisée par Menge. Sänger a combiné l'action de ces deux agents en ce sens que pour des cas spéciaux, il a cautérisé le corps de l'utérus avec la formaline et le col avec le chlorure de zinc. Contrairement à l'opinion de Menge, Sänger est convaincu qu'avec les tiges porte-caustiques, il n'existe aucun risque de passage du caustique dans la trompe, même au cas d'élargissement anormal de l'orifice utérin de la trompe. Comme porte-caustique, il se sert actuellement de tiges en nickel, qui possèdent sur celles en argent malléable beaucoup d'avantages.

Dans le cours de la discussion, Zweifel fait remarquer que,

jamais il n'a observé de suites fâcheuses de l'usage de la seringue de Braun ; il emploie pour la cautérisation utérine une solution de chlorure de zinc de seulement 5-10 p. 100. Les injections faites avec la seringue de Braun sont absolument exemptes de dangers, si l'on n'injecte chaque fois que quelques gouttes de liquide. Expérimentalement, il a été établi que les solutions colorées, injectées dans l'utérus, passent à travers les trompes et par leur orifice abdominal dans le ventre, sans que l'utérus ait été soumis à une tension quelconque.

Füth conteste que la cautérisation au chlorure de zinc, faite comme l'indique Sänger, soit fréquemment suivie de coliques. Il note encore que jamais, dans la clinique de Sänger, on n'a observé d'atrésie après l'emploi du chlorure de zinc, suivant la technique tracée (pas de cautérisation chez la nullipare, pas de cautérisation quand le col est étroit). La cautérisation intra-utérine n'exige pas une antisepsie rigoureuse : nettoyage de l'orifice externe du col de l'utérus au sublimé. L'opérateur doit s'appliquer à rendre ses mains libres de germes infectieux. Également Graefe a jadis employé le chlorure de zinc et observé consécutivement, non des sténoses, mais de fortes coliques. Il se sert fréquemment d'une solution à 10 p. 100 de formaline pour la thérapeutique intra-utérine. Depuis la communication de Menge, il se sert, avec des résultats favorables, de la solution de formaline à 25 p. 100 et de tiges en caoutchouc vulcanisé.

Nombreuses sont les communications sur le traitement par les crayons de chlorure de zinc, méthode de Dumontpallier (13). Cet auteur lui-même a consigné, dans un mémoire, les résultats de ce traitement dans l'endométrite. Chez 5 p. 100 des femmes, on observe des effets fâcheux de ce mode de traitement. Les crayons pèsent 1 gramme, ils contiennent 33 p. 100 de chlorure de zinc et 66 p. 100 de farine de seigle. La partie du crayon qui correspond à l'orifice interne est entourée de papier d'étain. Dans le mois qui suit la cautérisation, il est très important de faire des sondages fréquents avec un cathéter à extrémité olivaire pour éviter la production d'atrésies.

Dans une discussion sur ce mode de traitement, Pichevin, Doléris et Charpentier le condamnèrent. Pichevin dut extirper l'utérus à cause d'accidents dysménorrhéiques graves survenus consécutivement. Budin a vu, à la suite d'une cautérisation de cette nature, une atrophie utérine telle que la matrice avait tout au plus le volume du bout de l'index.

Rueder (14) a aussi observé un cas dans lequel, à la suite d'une cautérisation à la Dumontpallier, il y eut expulsion d'un cylindre utérin comprenant toute la cavité utérine. L'épaisseur du sac avait plusieurs millimètres ; l'action caustique, dépassant la muqueuse, avait atteint la musculeuse utérine. Dans le sac éliminé était emprisonné le crayon de chlorure de zinc.

Dans un cas d'hémorrhagie de la ménopause, Pfannenstiel (15) appliqua dans l'utérus une pâte caustique de zinc, d'après la méthode de Dumontpallier. Neuf jours après, un séquestre du volume et de la forme d'un utérus sénile était éliminé ; cependant l'aménorrhée ne dura que trois mois, et la formation d'un hématomètre imposa l'extirpation totale de l'utérus. A l'exception d'une petite cavité, vers le fond de la matrice, pourvue de muqueuse, il n'y avait plus apparence de muqueuse. Dans la discussion, Freund communiqua un cas de mort, survenue peu après l'injection dans l'utérus d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100.

Pichevin (16) aussi montra un utérus, cautérisé plusieurs années auparavant avec le crayon de chlorure de zinc, et dans lequel la muqueuse utérine était remplacée par une zone épaisse de tissu connectif cicatriciel.

Également Campione (17) a vu, chez deux femmes, après cautérisation au chlorure de zinc, se produire une oblitération presque complète de la cavité utérine.

Dziembowski (18) conseille de faire, dans l'endométrite, une injection dans l'utérus d'une solution à 10 p. 100 de chlorure de zinc.

Nous pouvons, ici, consigner les recherches de Rœsing (19), sur la valeur pratique des différents cathéters utérins. On lavait d'abord les utérus récemment enlevés avec une solution

de ferrocyanure de potassium, puis avec une solution étendue de perchlorure de fer.

La muqueuse utérine se colorait en bleu dans les points où elle entrait en contact avec ces solutions, et cela permettait de juger de l'action des diverses sondes. On constata que c'était la sonde de Playfair qui, le plus sûrement, permettait de toucher toute la muqueuse; qu'au contraire les cathéters variés, dérivés de celui de Boseman, produisaient un effet minimum. La seringue de Rosner, modification de celle de Braun, se montra aussi efficace.

Le thème de la **thérapeutique intra-utérine** fut également mis en discussion à la *Soc. de médecine de Berlin* à la suite d'un travail Olshausen (20). Au jugement de ce dernier, il faut réduire le plus possible le cathétérisme de l'utérus, car les lavages antiseptiques du vagin ne peuvent supprimer absolument l'éventualité d'une infection. L'exploration avec les sondes n'est justifiée que dans les cas où il est impossible de procéder à l'exploration manuelle. Quand on injecte des substances médicamenteuses dans l'utérus, il faut éviter soigneusement qu'il en reste *in utero*, aussi doit-on, une fois le liquide injecté, le ramener dans la seringue. Après les lavages, après les injections, des coliques surviennent facilement; il est plus rare d'observer des douleurs péritonitiques compliquées de réaction fébrile. Celles-ci sont vraisemblablement l'effet du reflux, à travers la trompe, d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine. L'application des agents médicamenteux avec la sonde de Playfair est inférieure à la méthode des injections. L'instrument de Playfair s'approprie mal au traitement des affections du corps de l'utérus, parce qu'en général l'orifice interne n'est pas assez large. Le cathéter, en argent, américain répond mieux à ce but. Pour la dilatation artificielle du col, Olshausen recommande le tamponnement à la gaze iodoformée : les tiges de laminaire produisent facilement des effractions de la muqueuse, voies éventuelles de l'infection. Le curettage est un moyen théra-

(1) Voir : *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1895, p. 62. R. L.

peutique impropre dans l'endométrite catarrhale ; la fixation de la portion vaginale du col de l'utérus ne s'impose, pour le curettage, qu'au cas d'antéflexion accusée et d'orifice étroit. Le danger capital du curettage, c'est la perforation de l'utérus. Olshausen conseille de faire après le curettage une injection médicamenteuse, de préférence avec une solution de chlorure de zinc de 10-20 p. 100.

Dans la discussion de ce travail, Martin émit l'avis que, pour l'abrasion de la muqueuse utérine, la fixation de l'utérus est utile ; il se déclara également partisan de la curette de Roux. Falk conseille, au lieu des porte-ouate usuels, les *antrophores*, avec lesquels on applique plus sûrement les substances médicamenteuses *in utero*. Consécutivement à ces interventions, on observe des coliques de l'utérus, et il convient, pour cette raison, d'exiger le repos. Landau juge la curette de Roux dangereuse. Il y a avec le sondage et le curettage de l'utérus, risque d'irruption du contenu tubaire dans la cavité abdominale.

Il a vu à la suite d'une injection de perchlorure de fer une thrombose survenir qui s'étendit jusqu'à la veine cave et amena la mort. Il réalise la dilatation du col avec de la mousseline iodoformée. Dührssen estime qu'il y a indication dans l'endométrite catarrhale à combiner le curettage avec les cautérisations. Il se sert d'une solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc qu'il applique avec la sonde de Playfair. Habituellement, la dilatation du col avec un cathéter à double courant suffit pour amener les caustiques dans l'utérus ; le cas échéant, il fait pendant vingt-quatre heures le tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée. Bröse n'emploie jamais la seringue de Braun. Il estime que dans la majorité des cas d'endométrite catarrhale un traitement intra-utérin est inutile et même dangereux, les manœuvres intra-utérines pouvant être l'occasion de l'inoculation dans le corps de l'utérus, non contaminé jusque-là, de germes infectieux. Veit croit qu'on pourrait prévenir la perforation de l'utérus avec la curette, si l'on curettait toujours de haut en bas, jamais de bas en haut. Dans les cas d'endométrite

catarrhale, il fait suivre le curettage d'une cautérisation dans le but d'éviter une récidive.

Des travaux sur la **dilatation du col**, nous citerons d'abord celui de Braun (21). Cet auteur conseille pour la dilatation du col des tubes à drainage qui, étirés sur une sonde, sont introduits dans le col. Dès que l'extrémité de la sonde dépasse l'orifice interne, on cesse de tirer sur le drain qui se détend dans le col, tandis qu'on retire la sonde. Le drain reste vingt-quatre heures *in situ*, et on le remplace, éventuellement, par un plus gros.

Un des avantages des drains sur les tiges de laminaire, c'est que l'excrétion des sécrétions utérines s'effectue librement. En gynécologie, la méthode s'applique au traitement des sténoses du col et de l'endométrite.

Pour le traitement de la **stérilité**, Gibb (22) préconise soit la dilatation progressive à l'aide de cathéters gradués, soit la dilatation brusque sous la narcose (sur 26 cas, il y avait 16 grossesses). Dans la discussion, Murray recommande l'emploi de l'électricité, Cleveland le tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Quand il y a rigidité du col, Routh (23) n'emploie plus de tige dilatatrice, mais il intervient immédiatement après une période menstruelle, parce qu'à ce moment le col est plus mou et plus extensible. Lorsque le col est très rigide, il applique, deux heures avant la dilatation, un tampon glycériné dans le col ; la sécrétion des glandes cervicales provoquée par la présence du tampon ramollit tout à fait le col. Il est aussi utile de tamponner le col, six à huit heures avant la dilatation, avec de la gaze imbibée de glycérine iodée.

Byford (24) emploie des dilatateurs qui, rigides en leur milieu, sont malléables à leurs deux extrémités. Goubaroff (25) utilise des dilatateurs coniques ; le diamètre de chaque numéro est à la pointe, celui du numéro précédent à la base. Sturlingen (26) conseille pour la dilatation du canal du col un instrument conçu sur le principe du tenseur pour gant (Handschuhdehners).

Au jugement de Sänger (27), l'**exploration digitale de l'utérus** ne sera jamais supplantée par le curettage et l'endoscopie. D'ailleurs, en un grand nombre de cas, il est impossible d'obtenir la dilatation rapide du col sans l'emploi de la force. Dans ces cas, la dilatation lente du col est indiquée. La meilleure tige dilatatrice, c'est la laminaire. En particulier, dans les cas d'hémorrhagie utérine dont la source est obscure et pour lesquelles l'examen de fragment de muqueuse ne donne pas d'éclaircissement, il faut pratiquer l'exploration digitale (Austastung). Presque toujours, cette exploration digitale sera suivie du raclage et de l'examen microscopique. Il faut, dans la rétention de débris abortifs dilater jusqu'à ce que l'exploration digitale soit réalisable. Mais cette proposition est de circonstance : *pas de curettage sans exploration.* Pour l'enlèvement des débris placentaires, Sänger use de préférence d'une large pince à germes (d'après le type de la pince à calculs vésicaux de Bergmann), pour la fixation du col, d'une pince à crochet modifiée de celle d'Ahlfeld (Portiofasszange). Après la dilatation complète de l'utérus, un tamponnement est inutile. Dans les cas de débris abortifs en voie de putréfaction, ne pas se servir de tiges de laminaire, de peur d'inoculer des éléments infectieux. De même, il faut pratiquer l'exploration digitale après des avortements précoces. Cette exploration digitale est encore indiquée dans les myômes du corps de l'utérus, surtout s'ils coïncident avec des débris abortifs; également comme temps préliminaire à l'extirpation des myômes sous-muqueux, après des raclages répétés, inefficaces, surtout dans les maladies de l'endométrium, suspectes de malignité. Les tiges sont préparées comme suit : séjour de la tige, une minute, dans la solution phéniquée à 5 p. 100 bouillante, conservation dans une solution d'éther iodoformé concentrée; immédiatement avant l'usage, séjour dans une solution sodique à 1 p. 100 bouillante (une demi-minute). Avant et après l'exploration digitale, lavage de l'utérus. Pendant le traitement avec les laminaires, surveillance de la température et du pouls. Pour peu que la température s'élève, que le pouls s'accélère, on enlève la tige. On peut

souvent se passer de la narcose pour l'exploration digitale quand la dilatation a été obtenue.

Dans la discussion (28) soulevée à l'occasion du travail de Sänger, Zweifel mit en garde contre l'usage fréquent de la sonde en tant que moyen auxiliaire de diagnostic. Également, à la clinique de Zweifel, on procède, dans les cas d'hémorrhagie d'origine génitale, toujours à l'exploration manuelle de l'utérus avant le curettage et après dilatation soit avec les tiges dilatatrices, soit avec les dilatateurs de Hegar. Toutefois, on constate souvent que la cavité cervicale n'est pas suffisamment extensible et que le tissu utérin se déchire sous le doigt explorateur ; il faut en conséquence limiter l'exploration digitale aux cas dans lesquels la dilatation peut s'obtenir sans violence. Zweifel utilise habituellement les tiges de laminaire. Quand il y a coudure du canal, on introduit d'abord la sonde, courbée suivant le besoin, puis la tige, soumise à l'action de l'eau bouillante, et après lui avoir donné la courbure convenable. L'examen microscopique des fragments enlevés, qui est fait dans tous les cas, permet de déterminer avec précision la maladie de la muqueuse. Graefe dit que, lorsqu'on a enlevé des fragments volumineux de tissu, il est difficile de faire un examen microscopique de la totalité. Or, si l'on se borne à en examiner une partie, des portions malades peuvent précisément échapper à l'examen, ainsi qu'il advint dans un cas où l'auteur ne découvrit que par l'exploration digitale de la cavité utérine, après deux abrasions de la muqueuse, un point de dégénérescence cancéreuse au niveau de l'angle tubaire gauche. L'exploration manuelle de l'utérus fait éviter de méconnaître l'existence de polypes, éventualité fréquente avec le curettage. Même dans la pratique privée, ainsi que le note Donat, l'exploration digitale après dilatation est parfaitement possible.

En fin de discussion, Sänger fait la remarque que l'introduction de la tige, au cas d'antéflexion accusée, est possible dans le décubitus latéral de Sims. Chez les vierges, il ne dilate avec la laminaire qu'exceptionnellement, mais il exécute en une seule séance dans la narcose toutes les manœuvres

nécessaires. Dans des conditions particulièrement difficiles (étroitesse et rigidité de la cavité cervicale), il a pu sans inconvénients poursuivre quatre jours de suite la dilatation préalable.

Falk (29), dans un volumineux travail, s'occupe de l'exploration manuelle de l'utérus. Il établit à l'aide d'un certain nombre d'observations l'importance de cette manœuvre, particulièrement dans les hémorrhagies atypiques. La détermination, le diagnostic final est à la vérité établi par les résultats de l'examen microscopique. Mais, tandis qu'en beaucoup de cas curettage et examen microscopique suffisent pour fixer le diagnostic, il n'en est plus ainsi dans les cas soit de myômes intrapariétaux ou sous-muqueux ou de polypes utérins. A son avis, l'exploration digitale est indiquée dans les cas d'hémorrhagies atypiques lorsque ni l'anamnèse ni les renseignements fournis par la palpation et le spéculum ne permettent de faire rigoureusement le diagnostic. Un défaut du traitement par la laminaire, c'est le délai nécessaire jusqu'à la dilatation (il faut environ de deux à trois tiges pour obtenir le degré de dilatation nécessaire). Presque toujours, l'exploration digitale exige le secours de la narcose.

Pour mettre la tige en place, la malade est mise en position génu-pectorale et on accroche la lèvre antérieure du col (on a, au préalable, cathétérisé l'utérus). Les tiges sont conservées dans une solution alcoolique phéniquée. Avant de les employer, on les soumet à l'action de l'eau bouillante et on leur donne la courbure convenable, puis on les trempe dans une solution au sublimé à 1 p. 1000 froide. La tige *in situ*, si la température s'élève, on la retire. Vingt-quatre heures après qu'on l'a enlevée, introduction de dilatateurs métalliques. Après quoi, on introduit une seconde tige.

Dès qu'on a pratiqué l'exploration digitale, on procède sans tarder, sauf impossibilité, aux interventions. Existe-t-il des polypes, on les extirpe avec la pince-curette de Schultze. Pour le curettage, on se sert d'une curette de Récamier, large. Boshesinsky (30) recommande contre l'endométrite chronique non compliquée le traitement suivant : après dilatation du col,

lavage de l'utérus avec une solution phéniquée à 2 p. 100, injection de teinture d'iode, puis, de nouveau, lavage avec la solution phéniquée. Ce traitement est repris tous les deux jours, jusqu'à cessation de l'écoulement utérin. Finalement, on fait encore (cinq à six) des injections de glycérine au tannin à 5 p. 100. La cure prend de quatre à six semaines.

Courant (31) a conseillé pour la thérapie intra-utérine un instrument qu'il appelle *seringue-porte-tampon* (Stopferspritze) : c'est une combinaison de la seringue de Braun et du porte-tampon de Fritsch. Cet instrument permet de tasser de la gaze dans la cavité utérine et de l'imprégner successivement des liquides caustiques.

Morbach (32) utilise pour l'introduction de la gaze un instrument en forme de pince, dont l'une des branches, creusée, peut recevoir de la gaze disposée en plusieurs couches. L'instrument, qui se ferme comme un forceps, agit aussi à la façon d'un dilatateur. Une fois la gaze *in utero*, on retire successivement les deux branches facilement séparables.

Warmann (33) recommande aussi un instrument pour le placement de la gaze ; mais comme, très justement, relève le fait Gottschalk (34), cet instrument a été déjà conçu et décrit par Henry J. Garrigues.

Lanelongue et Faguet (35) préconisent le drainage au moyen des tiges d'aluminium dans la sténose du col, les déviations et les métrites. Mais, en plusieurs cas, on a observé des suites fâcheuses de ce mode de traitement.

Grammatikati (36) conseille les injections intra-utérines pour le traitement des phlegmasies utérines, des annexes et du péritoine pelvien. Il se sert pour les injections d'un mélange d'alumnol (2 gr. 50), de teinture d'iode (25 gr.) et d'alcool absolu (25 gr.). On injecte chaque jour 2 grammes de ce mélange avec la seringue de Braun. Il faut environ quarante injections pour la guérison. Consécutivement au traitement, survient une ménopause passagère, à laquelle il faudrait rapporter l'action favorable de la méthode.

Appert (37) traite la **métrite gonorrhéique chronique**

(dans les stades aigus, pas de traitement), par l'application réitérée de bandes de gaze imbibées de glycérine créosotée ou de naphtol camphré. D'Aulnay (38a) préconise contre le catarrhe du col, le procédé suivant : en premier lieu application d'une bougie de résorcine et d'acide salicylique; la bougie est maintenue en place au moyen de tampons d'ouate imbibés de glycérine au sublimé à 1 p. 100. Même traitement les 3e, 4e, 5e et 6e jours ; puis tous les trois jours tamponnements du vagin avec de l'ouate salicylée. Généralement, il suffit de trois tamponnements pour la guérison du catarrhe. Lutaud (38) conduit le traitement de la métrite de la façon suivante : d'abord, dilatation du col à la laminaire, puis lavage de l'utérus avec une solution sodique à 3 p. 100 et badigeonnage de la cavité utérine avec de l'éther iodoformé (1 p. 10) ; ensuite applications d'éponges chargées de naphtol, d'iodoforme, de teinture d'iode, d'acide salicylique ou de glycérine créosotée, qui restent six heures en place et sont changées tous les deux ou trois jours. La curette n'est utilisée que contre les endométrites hémorrhagiques.

Weber (39) combat l'emploi des agents caustiques dans le traitement de l'endométrite. Il conseille le curettage et l'emploi consécutif des désinfectants.

Van Tussenbroek (40) se sert dans la thérapie intra-utérine, à la place du chlorure de zinc, de l'ichtyol dans les hémorrhagies et dans les endométrites infectieuses suppurées. La substance médicamenteuse est portée avec la sonde de Playfair. Comme preuve de l'action caustique de ce médicament, il présente un sac muqueux enlevé du col d'une malade. Ce sac reproduit le moule de la cavité utérine.

Stratz, au cours de la discussion, nota qu'il injectait des solutions d'ichtyol à 10 p. 100 dans l'utérus.

Contre les hémorrhagies abondantes de la ménopause, Berthold (41) fait, avec la seringue de Braun, des injections intra-utérines de perchlorure de fer étendu de moitié d'eau. Ces injections sont répétées tous les jours jusqu'à cessation de l'hémorrhagie. Léopold et d'autres notèrent, au cours de la discussion, qu'ils se servent de la seringue de Braun pour ces injec-

tions. Toutefois, il y aurait danger à introduire l'instrument sans dilatation préalable du col.

Rey et Chalanson (42) traitent l'endométrite chronique avec des crayons de nitrate d'argent. Quand il y a nécessité, dilatation préalable du col ; introduction du crayon avec la pince à pansements (en général, on se sert d'un crayon mitigé : nitrate d'argent une partie, nitrate de potasse deux parties). Tampon en avant de la portion vaginale du col de l'utérus, laissé en place quarante-huit heures. Chaque jour, lavages du vagin; poudrage du col avec de l'iodoforme, repos au lit de cinq à dix jours.

Fehling (43) dans un travail s'étend sur le traitement de l'endométrite. A son avis, la laminaire est le meilleur agent de dilatation du col de l'utérus, on n'obtient dans l'endométrite chronique que de faibles résultats par le tamponnement avec de la gaze. La sonde de Playfair est supérieure au porte-caustique américain, qui s'accroche trop facilement aux sillons de l'arbre de vie. Avant la cautérisation et l'abrasion, il convient, au lieu de l'irrigation, de faire un nettoyage du col de l'utérus avec une tige entourée d'ouate, d'abord sèche, puis imbibée d'une solution antiseptique. Après l'abrasion, Fehling fait, à intervalle de quatre jours, deux cautérisations.

Pichevin, Doléris et Petit (44) interviennent dans la cavité utérine, même lorsqu'il existe des phlegmasies péri-utérines, à la condition qu'elles ne soient pas dans un stade aigu, par le curettage précédé de dilatation. Paine (45) conseille, après le curettage, la cautérisation avec l'acide phénique pur, le tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée.

Pinna-Pintor (46) emploie après l'abrasion de la muqueuse utérine des injections répétées d'un mélange à parties égales d'une solution saturée d'euphorine et d'huile d'olives stérilisée.

Löhlein (47) conseille pour le raclage de la muqueuse du fond de l'utérus et des angles latéraux la cuiller tranchante de Simon-Schröder, tandis que pour le reste de la muqueuse il se sert toujours de la curette (*A*).

(*A*) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1895, p. 68. — R. L.

Fancourt Barnes (48) fait, pour l'usage de la curette, les recommandations suivantes : il faut, toujours, avant de procéder au curettage, réaliser une dilatation assez large pour l'introduction de l'index ; il suffit d'ordinaire pour cela de tiges de laminaires. Pour l'abrasion qu'il fait dans la narcose, il se sert de la curette et de la cuiller tranchante.

Au cours de la discussion, Macpherson Lawrie note qu'après le curettage, il lave avec de l'eau bouillie. Harvey et Sinclair n'ont pas recours à la narcose. Greig-Smith, d'ordinaire, n'utilise pas la dilatation. Bantock estime la dilatation préalable avec les tiges dilatatrices nécessaire. Les éponges comprimées, lorsqu'elles sont très soigneusement préparées, ne sont pas dangereuses.

Ilkewitsch (49) propose de traiter l'endométrite avec l'acide lactique, s'appuyant sur la donnée que le développement de l'acide lactique dans le vagin s'accompagnerait de propriétés bactéricides. Cet expérimentateur a, au cours de ses recherches bactériologiques, constaté que l'acide lactique, en solution à 3 p. 100, tue les germes saprophytes et pathogènes. En outre, il a obtenu des résultats favorables dans l'endométrite, les érosions du col avec des solutions à 50 et à 100 p. 100 d'acide lactique, appliquées avec des pinceaux d'ouate. Il a aussi combattu la vaginite avec des solutions à 3 p. 100. Le traitement appliqué sans que la malade fût au repos a paru sans dangers.

Blondel (50) préconise pour la **dilatation de l'utérus** le tamponnement avec de la glycérine au sublimé (solution à 1 p. 500). Braitwait (51) procède à la dilatation à la fin de la menstruation, tout de suite après la cessation de l'hémorrhagie. A ce moment il est facile d'ouvrir le col avec les tiges d'Hegar. Afin de rendre inutile l'emploi d'un spéculum, Aitken (52) introduit la sonde armée d'ouate dans un tube de caoutchouc long de 30 centimètres ; quand la sonde est à l'orifice externe le tube est ramené en arrière et l'instrument poussé dans l'utérus. Contre la gonorrhée du col, Lehmann (53) se sert de dilatateurs coniques, en métal, qu'on introduit à l'aide d'un spéculum, petit, cylindrique, en métal, approprié. L'instrument reste en place

quelques minutes, le dilatateur est ensuite retiré, et la solution caustique appliquée avec la sonde de Playfair armée d'ouate (chlorure de zinc, argonine, solution de nitrate d'argent). Avant l'intervention, on fait un lavage du col avec une solution sodique. Semblable cautérisation est pratiquée une fois par semaine.

Eberhardt (54) traite de la valeur du traitement par les laminaires; à son avis, on peut rendre les tiges si aseptiques qu'elles peuvent rester plusieurs jours en place. Elles sont préparées de la façon suivante : séjour dans l'alcool absolu pendant plusieurs heures, puis dans l'éther iodoformé à 10 p. 100 où elles doivent rester 3-4 semaines avant qu'on s'en serve. On ne doit jamais les soumettre à l'ébullition qui les fait trop gonfler. Des contre-indications à leur emploi sont les processus inflammatoires des annexes, par exemple le pyosalpinx. Ces dilatations sont extrêmement utiles avant le curettage ; également dans le traitement de la stérilité et de la dysménorrhée. Dans ces conditions, surtout quand elles se compliquent de sténose de l'orifice interne, on aura recours avec bénéfice au traitement électrique. Dans la gonorrhée utérine rebelle : dilatation à la laminaire et tamponnement avec de la gaze imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100.

Auvard (55) fait la dilatation 24-48 heures avant toute intervention sur le col; quand il fait une dilatation large, il fait le tamponnement à la Vulliet; sinon les tiges de laminaires suffisent.

Dans un travail sur **le traitement intra-utérin mécanique**, Simons (56) propose de soumettre à un traitement intra-utérin méthodique les cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, liés à l'hypoplasie acquise de la matrice. Le traitement qui a pour but de produire vers la muqueuse et la couche musculaire un mouvement fluxionnaire par l'excitation, effet du corps étranger introduit, consiste d'abord dans les cathétérismes méthodiques (3-4 par semaine). La sonde reste en place environ trois minutes ; son application peut être suivie de l'apparition de mouvements tétaniques. Surtout chez les vierges, on se borne à ces moyens. Dans les cas de disproportion entre le volume de l'utérus et celui

des ovaires normaux et de dysménorrhée concomitante, il faut faire le cathétérisme pendant la semaine qui précède la menstruation. Les tiges sont en os ou en ivoire ; on les place la malade étant en décubitus dorsal, et l'utérus légèrement attiré avec une pince à crochet. La tige est maintenue au moyen d'un pessaire de Hodge spécialement approprié.

Zepler (57) fait d'abord la dilatation, puis se sert d'un petit spéculum, rappelant certains spéculums pour bains, cylindrique et formé de fines tiges métalliques (la paroi utérine, grâce à ce dispositif, n'est pas masquée par l'instrument), qui permet d'inspecter soigneusement la surface interne de la matrice. L'éclairage est produit par une lampe électrique. L'emploi de cet instrument paraît indiqué pour : a) l'évacuation de collections tubaires liquides au moyen de sondes tubaires malléables ; *b*) le diagnostic d'affections malignes ; *c*) la cautérisation ; *d*) le traitement par la vapeur, etc.

Beuttner (58) a imaginé pour l'hystéroscopie un instrument, combinaison du cystoscope de Nitze-Winter placé dans un tube métallique, et d'un dispositif-laveur spécial.

Stratz (59), pour appliquer sur la portion vaginale du col et sur l'utérus des substances caustiques ou très colorantes, par exemple pour les injections de teinture d'iode, utilise un spéculum en verre à pédicule, à manche creux, qu'on prolonge encore avec un ajutage en caoutchouc. On peut placer directement la portion vaginale du col dans le spéculum et, grâce à cette disposition, mettre à l'abri de l'action des topiques et le vagin et les mains du chirurgien.

Beuttner (60), dans un cathétérisme de l'utérus redressé, nota une longueur de 7 centimètres et, le col ayant été dilaté, les dilatateurs, sans que nulle force fût employée, pénétrèrent de 13 à 14 centimètres. L'instrument enlevé, on trouva de nouveau au cathétérisme 7 centimètres. Et les mêmes constatations furent faites à un nouvel examen.

Dans un second cas, on arriva à des constatations inverses (relâchement à l'introduction de la sonde, contraction au contact du dilatateur). Selon Beuttner, il faut écarter l'hypothèse

d'une perforation et expliquer le fait par le relâchement du tissu utérin consécutif à l'excitation produite par l'instrument introduit.

Cette publication fut suivie de plusieurs autres sur le même sujet :

Et d'abord, Ahlfeld (61) explique l'observation faite par Beuttner par la pénétration du cathéter dans une trompe. Il a d'ailleurs pu, dans un cas appartenant à sa pratique personnelle, constater rigoureusement par le palper bimanuel la possibilité de cette éventualité.

Courant (62) n'accepte pas non plus l'explication de Beuttner. Il incline davantage à admettre la perforation de l'utérus, et d'autant mieux que les femmes observées par Beuttner étaient faibles, sous le coup d'un avortement, qu'il s'agissait donc d'utérus mal involués : dans des conditions, par conséquent, favorables, on le sait, à la perforation.

Odebrecht (63) admet aussi une perforation dans les cas de Beuttner. Lui-même a observé, dans un cas de ventro-fixation après ouverture du péritoine, une perforation de l'utérus par la sonde. La musculeuse utérine était, dans ce cas, si prompte à se déchirer que les sutures appliquées déchiraient immédiatement les tissus. Il pense aussi que les dilatateurs, qui pour produire la dilatation doivent être écartés —comme dans le cas de Beuttner, ceux de Schultze — risquent fort d'amener la perforation.

Glaeser (64) a publié un autre cas, dans lequel la perforation fut mise directement en évidence sur l'utérus extirpé.

Spaeth (65) fait une communication sur les résultats obtenus avec les pessaires-tiges de Prochownick (combinaison d'un pessaire de Hodge et d'une tige-support qui est introduite dans le col).

Sippel (66) se sert avec avantage, dans des cas appropriés, des tiges intra-utérines. Ces cas sont surtout ceux d'antéflexion où, par suite d'un relâchement considérable du tissu, l'utérus non seulement ne se redresse pas pendant les règles, mais se plie davantage. Dans la suite, surviennent de l'endométrite, des ménorrhagies ; un signe caractéristique de cet état, c'est la

persistance des douleurs pendant toute la durée des règles. En outre, comme on peut le constater facilement, l'utérus ayant été abaissé, il n'existe pas de sténose réelle du col. Il faut, pour l'emploi des tiges intra-utérines, que les annexes soient absolument indemnes de lésions inflammatoires.

Courtin (67) a imaginé un dispositif spécial pour assurer leur fixation et faciliter leur enlèvement.

BIBLIOGRAPHIE

1. SÄNGER. Zu Technik der uterinen Aetzung. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 25.

2. ZWEIFEL. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 25.

3. DÖDERLEIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894.

4. v. WINCKEL. Ueber neuere Behandlungsmethoden d. Endometritis. *Münch. med. Wochenschrift*, 1894, p. 609.

5. LAUBENBURG. Zur Behandlung mit ätzenden Säuren. *Münch. med. Wochenschr.*, 1896, n° 21.

6. HOFMEIER. Zur intrauterinen Therapie. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, Bd IV, 1897.

7. BRÖSE. Zur intrauterinen Therapie. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1897, S. 570.

8. DÜHRSSEN. Zur intrauterinen Therapie. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1897, S. 573.

9. SÄNGER. Zur intrauterinen Anwendung v. Chlorzink. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1896, p. 575.

10. SÄNGER. Zur Aetzbehandlung der chron. Endometritis. *Centralblatt f. Gyn.*, 1898, n° 46.

11. DÖDERLEIN. *Verhandlg. der VII. Versammlg. der Deutsch. Gesellsch. f. Gynæk.* Leipzig, 1897.

12. MENGE. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 32.

13. DUMONTPALLIER. Ueber intrauterine Therapie. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, n° 15.

14. RUEDER. Beitrag zur Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstiften. *Münch. med. Wochenschr.*, 1894, n° 9.

15. PFANNENSTIEL. Ueber die Chlorzinkstiftbehandlung des Uterus bei klimakterischen Blutungen. Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. 1896, ref. *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, n° 41.

16. PICHEVIN. Sclérose utérine après cautérisation au chlorure de zinc. *Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 11, IV, 95, ref. *Rep. univers. d'obstét. et de gyn.*, 1895, vol. X, p. 209.

17. CAMPIONE. Del metodo Dumontpallier nel trattamento delle endometriti semplici. *La Puglia medica*, 1895, n° 8, p. 257.

18. DZIEMBOWSKI. Endométrite traitée par le chlorure de Zinc. *Przeglad. chir.*, t. II, zezyt. 1895.

19. ROESING. Experimentelle Untersuchungen über die Brauchbarkeit verschiedener Uteruskatheter. *Arch. f. Gyn.* Bd 49, p. 262.

20. OLSHAUSEN. Ueber intrauterine Behandlung. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 50 u. 51.

21. R. v. BRAUN. Die Dilatation des Cervicalkanals und der Vaginal-stenosen durch Drainröhren. *Wien klin. Wochenschr.*, 1894, n° 46 u. 47.

22. GIBB. Dilatation des Cervicalkanals bei Sterilität. Verhandlg. der Gesellsch. für Geburtsh. z. New-York. *Am. journ. of Obst.*, 1895. Sitzung v. 2, April.

23. ROUTH. Ueber Hilfsmittel zur raschen Uterusdilatation. *Lancet*, 1895.

24. BYFORD. Uterine dilatators. Transactions Chicago Gyn. Soc. *Am. journ. of Obstetr.*, t. XXX, p. 556.

25. GOUBAROFF. Sur le choix d'un instrument pour la dilatation rapide du col utérin. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1895, vol. XLIII.

26. STARLINGER. Ein neuer Cervixdilatator nach einem alten Prinzip. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, n° 9.

27. SÄNGER. Ueber Erweiterung und Austastung des Uterus als Vorakt der Behandlung. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 7.

28. Verhandlg. der Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 7.

29. FALK. Ueber die Austastung des Uterus. *Zeitschr. f. prakt. Aerzte*, 1898, n° 23.

30. BOSHERINSKY. Zur Therapie einfacher chron. Endometritiden. *Jurn. shuschustwa i shenskich bolesnej*, April 1895.

31. COURANT. Ein kombinirtes Instrument zur intrauterinen Therapie. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 29, p. 698.

32. MORBACH. Ueber Uterusstopfer. *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, n° 43, p. 1133.

33. WARMANN. Zur Erleichterung der Uterustamponade im Sprechzimmer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 1133.

34. GOTTSCHALK. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 1183.

35. LANELONGUE et FAGUET. Drainage de l'utérus. *Cong. de gyn. de Bordeaux*, 1895. *Rép. univers. d'obstét. et de gyn.*, vol. X, p. 325.

36. GRAMMATIKATI. Intrauterine Injecktionen als Behandlungsmethode der Entzündungen der Gebärmutter, deren Adnexa und des Beckenperitoneums. *Wratsch*, 1896, n° 29 u. 30 ref. *Centralblatt. f. Gyn.*, 1896, p. 1229.

37. APPERT. Diagnostic et traitement des métrites blennorrhagiques. *La Semaine gynéc.*, t. I, n° 9, 1896.

38a. D'AULNAY. Traitement des métrites cervicales par le bain glycériné local et consécutivement par la ouate. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1896, p. 36.

38. LUTAUD. Sur le traitement des métrites. *Journ. de méd. de Paris*, 1897.

39. WEBER. The abuse of topical applications to the endometrium. *The Americ. gyn. and obst. Journ.*, vol. X, p. 553, 1897.

40. VAN TUSSENBROEK. Ichthyol als Causticum. Niederländische Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. Sitzg. vom 19, I, 98. Ref. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 40.

41. BERTHOLD. Intra-uterine Injektionen bei heftigen klimaterischen Blutungen. Gynaek. Gesellschaft zu Dresden. 22. III. 98. Ref. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 49.

42. REY et CHALENÇON. Behandlung der chron. Endometr. mit Höllensteinstiften. *Année méd.*. 1894, n° 9.

43. FEHLING. Behandlung der Endometritis. *Verhandlg. der 6. Versammlung, der Deutschen Gesellsch. f. Gyn.* Wien, 1895.

44. PICHEVIN, DOLÉRIS et PETIT. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol.*, n° 2-5, 1896.

45. PLAINE. The treatment of metritis and endometritis. *Med. Surg. Report*, 1895, vol. LXXIII, p. 377.

46. PINNA-PINTOR. Les injections intra-utérines d'euphorine dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, vol. X, 1895.

47. LÖHLEIN. Zur Technik der Ausschabung. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, n° 14, p. 353.

48. FANCOURT BARNES. Einige Schwierigkeiten im Gebrauch der Curette. *Lancet*, 1895.

49. ILKEWITSCH. Ueber die Behandlung der Endometritis m. Milchsäure. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 43.

50. BLONDEL. Dilatation de l'utérus au moyen des mèches de gaze glycérinée dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gyn.*, 1895, vol. X, p. 321.

51. BRAITWAITE. A mode of more easily and rapidly dilating the cervix, of the unimpregnated uterus. *Brit. med. Journ.*, 1895, p. 1438.

52. AITKEN. Méthode de nettoyage de la cavité utérine. *Brit. Med. Journ.*, 1896.

53. LEHMANN. Zur Therapie der chron. Cervicalgonorrhoe. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1898, n° 1.

54. EBERHARDT. Ueber den Werth der Laminaria-Behandlung. *Centralblatt f. Gyn.*, 1896, n° 41.

55. AUVARD. De la dilatation de l'utérus. *Arch. de gyn. et de tox.*, t. XXIII, p. 43, 1896.

56. SIMONS. Ueber mechanische Intra-uterin-Therapie. *Deutsche med. Wochenschr*, 1897, n° 52 u. 53.

57. ZEPLER. Mittheilung über ein Intra-uterin-Speculum und die Indicationen seiner Anwendung. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 28.

58. BEUTTNER. Ueber Hysteroskopie. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 22.

59. STRATZ. 2 Specula, heisse Irrigationen. *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 17.

60. BEUTTNER. Ueber ein eigenthümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 42.

61. AHLFELD. Ueber Erweiterung der Tuben bis zur Durchlässigkeit umfangreicher Sonden. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 47.

62. COURANT. Zur instrumentellen Perforation des Uterus. *Centralblatt f. Gyn.*, 1897, n° 49.

63. ODEBRECHT. Ueber ein eigenthümliches, etc. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 49.

64. GLAESER. Zur Uterusperforation und Tubensondirung. *Centralblatt f. Gyn.*, 1898, n° 6.

65. SPARTH. Erfahrungen mit dem Prochownick'schen Stiftpessarium. *Münch. med. Wochenschr.*, 1895, n° 17 u. 18.

66. SIPPEL. Ueber die Anwendung des Intra-uterin-Stiftes. *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, n° 21.

67. COURTIN. Neues Modell eines Kautschuckpessars zur Fixation von Intra-uterin-Stiften. *Semaine gynécol.*, 1897, n° 18. Ref. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 37.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1900.

M. Richelot. **Suite de la discussion sur la communication de M. Pinard : Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et les annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Hystéropexie.** — La communication de M. Richelot porte sur les indications, la technique et les résultats obstétricaux des hystéropexies.

La fixation de l'utérus est le traitement des rétroversions utérines pures sans lésions annexielles. Ces rétroversions simples mobiles, qui peuvent exister aussi bien chez les vierges que chez les femmes devenues mères, appartiennent aux arthritiques nerveuses. Elles sont causes par elles-mêmes de douleurs, de troubles nerveux, de stérilité. Les symptômes auxquels elles donnent lieu disparaissent par le fait seul du redressement.

Ce redressement peut être obtenu en suivant deux méthodes : 1° la méthode à ciel ouvert, qui incise franchement le péritoine, par la voie haute ou la voie basse, explore la cavité pelvienne, achève le diagnostic, traite les adhérences ou autres lésions d'abord inaperçues ; en un mot, ne livre rien au hasard ; 2° la méthode aveugle, comprenant les procédés qu'on a groupés sous le nom d'Alexander, et qui a la prétention de corriger efficacement la mauvaise attitude de l'utérus, sans voir ni toucher l'utérus lui-même ou les organes qui l'entourent.

M. Richelot examine successivement ces deux méthodes et les procédés qui en découlent. Par l'hystéropexie abdominale on obtient une fixation solide. Cette fixation donne souvent un résultat thérapeutique satisfaisant. Au point de vue obstétrical, M. Richelot trouve dans sa statistique deux grossesses normales terminées par un accouchement régulier, un accouchement prématuré à 6 mois chez une éclamptique, deux fausses couches.

Les accidents dystociques qu'on a pu voir survenir tiennent, le plus souvent, à une mauvaise technique. Le fond de l'utérus doit rester libre; les fils doivent être placés sur la face antérieure au-dessous de l'insertion des trompes.

L'hystéropexie vaginale bien exécutée, laissant libre le fond de l'utérus, est dans certains cas une bonne opération ; une des femmes opérées par M. Richelot suivant la technique qu'il a décrite au Congrès de Marseille est devenue enceinte et a conduit sa grossesse à terme : un rétrécissement pelvien a nécessité une symphyséotomie.

En face de ces deux procédés d'hystéropexie à ciel ouvert, prend place la méthode aveugle d'Alexander. Si elle est passible de nombreuses critiques au point de vue chirurgical, elle est certainement plus rationnelle au point de vue obstétrical que les précédentes.

L'opération qui, jusqu'à présent, paraît le mieux répondre au but que l'on propose pour la fixation de l'utérus est la méthode recommandée par Doléris, le « raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale ». Cette méthode consiste à fixer après laparotomie, dans l'angle inférieur de la plaie pariétale, la partie résistante et solide des ligaments ronds, c'est-à-dire la partie juxta-utérine.

M. Legueu a vu trois de ses opérées d'hystéropexie abdominale, devenir enceintes. Toutes trois se sont bien portées pendant leur grossesse; l'une d'elles, cependant, présenta quelques tiraillements au niveau de sa cicatrice et une fausse incontinence d'urine avec miction par rengorgement.

M. Legueu n'a de renseignements sur l'accouchement que pour deux de ses malades. L'une, après un travail prolongé, dut subir une application de forceps; l'autre (statistique de M. Pinard) eut une présentation de l'épaule, corrigée par la version, par manœuvres externes et l'application d'une ceinture eutocique. L'accouchement fut spontané.

M. Legueu ajoute à ces observations celle d'une femme, hystéropexiée par M. Schwartz, en 1893, et une première grossesse, survenue après l'opération se termina par un accouchement spontané à terme par le sommet (1895). L'utérus resta fixé.

Une deuxième grossesse se termina par un accouchement dystocique (1899). Tête en bas non engagée. Lenteur du travail (huit jours de douleurs). Col très élevé au niveau du promontoire. Dilatation manuelle. Version par manœuvres internes et extraction d'une fille de 3,240 grammes, en état de mort apparente et qui fut ranimée.

D'une façon générale, M. Legueu n'est pas partisan de l'hydropexie qu'il ne pratique presque plus. Dans les salpingites bilatérales, il fait l'ablation totale de l'utérus et des annexes. Dans les salpingites unilatérales, il fait la salpingectomie et le surjet du pédicule suffit à redresser l'utérus. Si la rétro-déviation est simple, sans lésions annexielles, il pratique le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

M. Delagenière (du Mans). **Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse.** — (Voir page 81.)

A. Couvelaire,
Interne des hôpitaux.

REVUE ANALYTIQUE

THÉRAPEUTIQUE (NOURRICE ET NOUVEAU-NÉ)

Du traitement des fissures du sein (Zur Behandlung der Papilla fissurata). M. Le Maire. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 32, p. 978.

Depuis fort longtemps, à la clinique de Copenhague, on emploie, et avec avantage, la créoline contre les fissures du sein. Les résultats fournis par ce médicament sont à ce point favorables qu'on n'avait pas songé à essayer une des nombreuses substances successivement préconisées. Toutefois, à cause de tout le bien que l'on disait de l'orthoforme, on se décida à l'expérimenter dans 60 cas : après chaque tetée, badigeonnage avec une solution d'orthoforme dans de l'alcool à 80° ; application d'une compresse sèche, stérilisée. *Conclusions :* 1° les douleurs, après le badigeonnage, sont en général insignifiantes et passagères (quelques minutes) ; seule, la première application peut être suivie de douleurs vives ; 2° l'orthoforme possède une action anesthésiante notable. Les douleurs cessent ou, du moins, sont fortement atténuées. Les malades simultanément traitées par la créoline et l'orthoforme préféraient celui-ci, et plusieurs le réclamaient ; 3° dans un certain nombre des cas, on a cherché à l'employer prophylactiquement. On a même fait des applications sans attendre l'apparition des fissures,

lorsque les femmes accusaient seulement de la sensibilité douloureuse du mamelon. Cette sensibilité disparaissait vite. Mais l'orthoforme n'a pu qu'exceptionnellement prévenir la formation de fissures vraies ; 4° contre les petites fissures, la préférence est à donner à l'orthoforme. La guérison est accélérée, et l'action anesthésique est supérie ure ; 5° mais, dans le cas de fissures profondes, sécrétantes, il faut catégoriquement proscrire l'orthoforme : souvent on constate des phénomènes d'irritation et de lymphangite aréolaire ; il semble que par les badigeonnages on oblitère les conduits galactophores et qu'on favorise le développement d'une mastite ; 6° on n'observa chez les enfants aucun trouble digestif imputable à l'usage de l'orthoforme.

Au résumé, à la clinique de Copenhague, on est revenu à l'emploi de la créoline, substance qui a de plus l'avantage d'être moins coûteuse, particularité qui a son importance dans la pratique. R. L.

De l'emploi du protargol au lieu du nitrate d'argent pour les instillations d'après la méthode de Credé (Ueber die Werwendung des Protargol an Stelle des Argentum nitricum bei der Credé'schen Einfraüfelung). Fritz Engelmann. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 30, p. 907.

On a employé une solution forte de protargol (20 p. 100) qui, comme pouvoir de désinfection, correspond à la solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent ou la surpasse (Neisser, Darier, Praun).

On a utilisé 100 sujets successivement, sans sélection aucune ; chez 27 p. 100 des nouveau-nés, on n'observa pas de sécrétion ; chez 52 p. 100, la sécrétion était tarie dès le deuxième jour ; chez 24 p. 100 seulement, la sécrétion persista au delà d'un jour (chez 4 p. 100, jusqu'à quatre jours). Dans ces derniers cas, on constate une prédisposition, fait déjà noté par Cramer : vulnérabilité ou altération de la conjonctive chez des nouveau-nés avant terme ou nés après des accouchements laborieux, ou terminés artificiellement.

Le fait capital est que, dans 80 p. 100 des cas, il n'y eut pas de sécrétion, ou une sécrétion faible, ou peu forte, qui a cessé dès le deuxième jour.

Si l'on compare ces résultats avec ceux fournis par le nitrate d'argent d'après Cramer, on voit qu'après le traitement argentique 96 p. 100 des nouveau-nés ont présenté une sécrétion plus ou moins abondante, parfois considérable, qui, la plupart du temps, se prolongea jusqu'au cinquième jour et au delà ; que, d'autre part, il y eut 9 cas de catarrhe secondaire ;

Qu'après le traitement au protargol, il ne survint aucune sécrétion dans 30 p. 100 de tous les cas ; une faible seulement et ne durant qu'un jour dans environ 50 p. 100 des cas ; et, dans 20 p. 100 des cas, une plus abondante ; mais quatre fois seulement, elle persista jusqu'au quatrième jour.

La conclusion, c'est qu'il faut donner la préférence à la solution de protargol à 20 p. 100 sur la solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent pour les instillations prophylactiques à la Credé. R. L.

Procédé aseptique simple de ligature et de pansement du cordon (Ein vereinfachtes aseptisches Verfahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur). J. Kusmin. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 10, p. 26.

Le double but visé dans le pansement du cordon ombilical, c'est : *a*) une dessiccation rapide, *b*) une protection aussi absolue que possible contre toute infection du cordon et de la plaie ombilicale. L'auteur a cherché à remplir ce double but au moyen d'un procédé nouveau et simple. Comme moyen de dessiccation, il a eu recours à un pansement au plâtre et, comme agent de protection contre l'infection, il a essayé de l'application sur le cordon, au voisinage de l'ombilic, d'un anneau de caoutchouc qui, par son action mécanique, doit amener la chute du cordon. L'anneau de caoutchouc est appliqué tout près de l'anneau ombilical, pas au delà d'un centimètre. Il comprime si solidement la tige funiculaire qu'il est inutile d'appliquer une ligature plus en dehors. Cet anneau de caoutchouc a un diamètre de 9 millim., sa lumière mesure 3 millim., l'épaisseur de sa paroi également 3 millim. Il possède une force de contraction considérable et peut, d'autre part, être élargi jusqu'à 3 centim. et 3 centim. et demi, détail important pour la facilité de son application. Quant à l'extrémité externe, aussi courte que possible, du cordon, elle est recouverte par un petit pansement plâtré.

Expérimenté dans 42 cas, ce pansement n'aurait donné que des résultats satisfaisants. La chute du cordon a eu lieu en moyenne le quatrième jour sans suppuration aucune (12 fois le cinquième jour, 13 fois le quatrième jour, 7 fois le troisième, une fois le deuxième jour).

Ce mode de pansement aurait en particulier l'avantage, grâce à l'occlusion qu'il réalise, de permettre la continuation des bains, pratique bonne, au point de vue de la santé générale, mais dangereuse sous le rapport des risques d'infection qu'elle entraîne. R. L.

Remarques sur l'article : « Procédé aseptique simple de ligature et de pansement du cordon ombilical », etc. (Bemerkungen zum Artikel : Ein vereinfachtes aseptiches Vefahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur, etc.). K. Czerwenka. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 18, p. 513.

L'auteur nie d'abord que le pansement du cordon préconisé par Kusmin réalise une occlusion réelle et empêche l'imbibition du cordon. En effet, à très bref délai, après deux jours, même plus tôt dans certains cas, le cordon momifié s'atrophie notablement, tandis que le manchon plâtré conserve ses dimensions, et l'eau du bain passe dans l'espace intermédiaire.

D'autre part, c'est surtout la partie du cordon située au voisinage de l'ombilic qui tarde le plus à se momifier, et c'est celle-là surtout qu'il faudrait mettre à l'abri du mouillage, condition non réalisée par le nouveau pansement. Enfin, Kusmin dit qu'il tâche de faire le plus court possible le fragment de cordon laissé adhérent ; or, cette brièveté est de nature à faciliter le glissement de l'anneau de caoutchouc et, par suite, des hémorrhagies secondaires, si rares avec les ligatures ordinaires.

En résumé, ce mode de pansement ne réalise ni une simplification, ni une économie de temps ou d'argent ; dans les mains des sages-femmes il peut même devenir dangereux. Mieux vaut s'en tenir encore à la pratique ordinaire : dessiccation soigneuse avec de l'ouate stérilisée du bout de cordon devenu humide, application d'amidon salicylé et enveloppement d'ouate stérilisée, pansement dont les bons résultats sont connus. R. L.

Du traitement du cordon ombilical (Ueber die Behandlung der Nabelschnur). Freiherr von Budberg. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 18, p. 315

L'auteur critique également le procédé préconisé par Kusmin, et rappelle le pansement à l'alcool qu'il a déjà fait connaître l'année dernière et qui lui a donné d'excellents résultats, pansement qui serait aussi efficace que simple et peu coûteux :

« Après la naissance, le cordon étant coupé, on en exprime le sang et on lie. On donne un bain, et après le bain, le cordon ayant été soigneusement séché, on l'entoure de bandes d'ouate hydrophile imbibées d'alcool, et d'une seconde couche d'ouate plus lâche. Par-dessus, le bandage ordinaire. Jusqu'à la chute du cordon, ce pansement est renouvelé une à deux fois par jour. Durant ce temps, mieux vaut ne

pas baigner l'enfant; mais les bains ne sont pas incompatibles avec ce mode de pansement. Les premiers jours, surtout quand il s'agit de cordons infiltrés, gorgés de suc, il est bon d'user d'alcool absolu à cause de son grand pouvoir de dessiccation; toutefois, un alcool de concentration moindre suffit. L'important est que l'alcool employé soit pur d'essences empyreumatiques si l'on veut éviter les phénomènes inflammatoires. Ce pansement ne cause pas de douleurs aux enfants, à condition de préserver du contact de l'alcool les régions sensibles des organes génitaux et les points éventuellement excoriés. »

R. L.

Du catarrhe, effet du nitrate d'argent chez le nouveau-né (Der Argentumkatarrh des Neugeborenen). H. Cramer. *Cent. f. Gyn.*, 1899, nº 9, p. 242.

Les cliniciens sont loin d'être fixés sur le soi-disant catarrhe oculaire, effet des instillations argentiques à la Credé, les uns en contestant même l'existence, l'attribuant à une mauvaise technique des applications (Léopold); les autres, au contraire, le tenant pour une conséquence sérieuse du traitement. L'auteur, en présence de ces controverses, estime qu'il y a lieu d'élucider les points suivants : *a*) L'œil réagit-il et combien de temps? *b*) la technique restant la même, la réaction varie-t-elle avec les enfants ; existe-t-il un mode de réaction idiopathique? *c*) le catarrhe argentique est-il un temps aseptique et combien de temps, à partir de quel moment trouve-t-on des bactéries dans la sécrétion, et quelles bactéries l'entretiennent?

Pour résoudre ces différentes questions, Cramer a étudié les effets des instillations argentiques sur 300 nouveau-nés, du 1er avril 1898 au 1er novembre 1898. *Technique :* l'enfant couché sur le dos, on fait tomber une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 dans l'angle interne de l'œil ; on écarte ensuite les paupières, et on incline l'enfant sur le côté, ce qui fait pénétrer le liquide dans l'œil. Par la fermeture et l'ouverture successive des paupières, la solution se répand dans le cul-de-sac conjonctival; après quoi, on sèche avec de l'ouate l'œil et le voisinage. La muqueuse conjonctivale réagit dans tous les cas plus ou moins, réaction qui va d'une tuméfaction simple et injection de la muqueuse à une conjonctive intense, sévère. Sur les 100 cas observés, 5 fois seulement il n'y eut pas de sécrétions et tout se borna à la rougeur et à la tuméfaction de la muqueuse. Dans les 94 autres, sécrétion plus ou moins abondante. Dans 73 cas, la sécré-

tion dura jusqu'au cinquième jour, puis tarit spontanément. Dans les 27 autres, elle se prolongea au delà du cinquième jour. Parmi ceux-ci, chez 11 enfants, on observa une infection secondaire, démontrée par une recrudescence du processus primitif sur le point de guérir. Tous ces catarrhes secondaires furent bénins et s'amendèrent avec des lavages boriqués.

Existe-t-il une *prédisposition idiopathique* qui fait que les yeux de certains nouveau-nés réagissent plus vivement que d'autres? L'hypothèse est admissible; mais, pour expliquer les différences dans le mode de réaction, peut-être peut-on se servir d'autres données? Les altérations plus ou moins accentuées de la conjonctive, accusées surtout chez des enfants nés après des accouchements laborieux, prolongés (présentation de la face, du front, forceps, etc.), sont singulièrement aptes à favoriser la réaction inflammatoire consécutive à l'application du nitrate d'argent. La suppuration fut, en particulier, énorme chez deux enfants venus au monde avec la muqueuse supérieure œdémateuses, en ectropion.

La durée de la sécrétion ne dépend pas exclusivement de son abondance au début. Des processus réactionnels intenses guérissent en deux fois vingt-quatre heures ; des processus modérés, faibles se prolongent au contraire au delà de cinq jours. Cette différence dépend de la contamination éventuelle, dans les premiers jours, de la conjonctive par des bactéries.

Tandis que dans les premières vingt-quatre heures, grâce peut-être à l'action consécutive des antiseptiques, le catarrhe reste aseptique, c'est-à-dire qu'on n'y trouve pas de bactéries ; celles-ci commencent à apparaître à partir du deuxième jour (staphylococcus albus, xérosebacille, staphylococcus aureus). Sur les onze cas de catarrhe secondaire, on trouva le staphylococcus aureus sept fois, trois fois en culture pure, quatre fois associé au staphylococcus albus et au xérosebacille. Un des cas de catarrhe secondaire était dû au streptocoque. Le staphylococcus albus et le xérosebacille paraissent ne jouer qu'un rôle de germes saprophytes. Enfin, un certain nombre de cas, où la sécrétion fut plus ou moins abondante, parurent tout à fait indépendants d'une influence bactérienne. R. L.

ANALYSE DES THÈSES RUSSES

La version prophylactique dans les bassins rachitiques et l'expectation simple, par K.-F. Matsiievsky. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

C'est une bonne monographie où l'on trouve en outre réunis les matériaux cliniques des trois plus grandes institutions d'accouchement de Saint-Pétersbourg. L'auteur dans son travail arrive à la conclusion que le rétrécissement du bassin seul n'est pas une indication suffisante pour la version prophylactique et que tous les arguments en faveur de cette conduite sont basés sur les suppositions ou sur les faits d'une importance exceptionnelle. Par rapport à la mère, l'expectation donne des résultats aussi bons que la version prophylactique ; quant au fœtus, cette dernière est moins favorable, surtout dans les cas difficiles, c'est-à-dire dans l'absence d'une conformité relative entre la tête du fœtus et le bassin de la mère. La version appliquée exclusivement aux bassins plats ou aux multipares est moins avantageuse pour le fœtus que l'expectation. La version faite avant que le col soit complètement effacé est plus nuisible à la mère qu'à l'enfant. Par rapport au fœtus, les désavantages de la version consistent surtout en ceci que la présentation tout autre que par la tête s'adaptera moins bien aux parois du bassin et que l'extraction du fœtus est une cause exceptionnellement prédisposante à l'asphyxie.

Tuberculose primitive des voies puerpérales, par J.-M. Popov. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

Dans ce travail, l'auteur rapporte les matériaux cliniques relatifs aux conditions et aux voies de pénétration dans l'organisme des bacilles tuberculeux. La question ici traitée est loin encore d'être résolue, et l'affection même — tuberculose primaire des voies génitales — est très rare. De quelle façon se produit une affection si strictement localisée ? L'auteur a cherché la solution de cette question par la voie expérimentale. Il a injecté dans le vagin des cobayes une culture bacillaire,

mais dans une série cette inoculation a été faite dans les parois vaginales intactes; dans une autre, l'inflammation de ces parois a été provoquée ou à l'aide de substances irritantes, ou à l'aide d'une aiguille.

Chez les huit cobayes de la première série, malgré l'inoculation, la tuberculose ne s'est pas développée. On a observé chez ces animaux, dans les régions blessées, les granulations tuberculeuses bien localisées pendant un mois et plus; on ne pouvait constater que l'inflammation des ganglions lymphatiques du voisinage; les organes internes restaient toujours indemnes.

Les mêmes phénomènes ont été observés dans la seconde série d'expériences où l'inflammation avait été provoquée artificiellement. Les diverses parties de l'appareil génital s'infectaient, le processus morbide restant toujours localisé.

La question de savoir si l'affection reste toujours localisée ou si elle peut se généraliser reste encore ouverte. L'auteur considère l'acte puerpéral et la période menstruelle comme les plus favorables à la réceptivité de l'infection locale et note le fait que l'affection générale subit souvent après l'accouchement une évolution très rapide.

De la question du forceps haut, par A.-G. Dmitriev. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

L'auteur se servit pour faire son travail des matériaux de la maison d'accouchement de Saint-Pétersbourg pendant la période de quatorze ans (1883-1896). On y a fait 1,449 applications de forceps, dont 163 du forceps haut. Il y avait 46 cas malheureux pour l'enfant, 4 cas pour la mère; on a noté 41 cas de traumatismes maternels. Dans 101 cas, l'application du forceps avait comme cause l'étroitesse du bassin. En renvoyant les lecteurs aux chiffres donnés par l'auteur, nous allons citer quelques conclusions de son travail.

L'auteur considère le forceps haut, comme un des agents de l'expectation et lui donne l'importance d'une opération d'épreuve.

Pour les bassins rachitiques, l'expectation est plus favorable que la version prophylactique.

Dans les cas où l'extraction du fœtus ne réussit pas après quelques tractions du forceps, il est préférable d'avoir recours à l'opération césarienne, si toutefois les conditions sont favorables.

Les résultats définitifs du forceps haut (163 cas) sont représentés par les chiffres suivants : l'extraction du fœtus vivant dans 50 p. 100,

l'extraction du fœtus mort dans 18 p. 100 des cas et la crâniotomie dans 32 p. 100 des cas.

Drainage capillaire de l'utérus comme méthode thérapeutique des endométrites post-partum, par J.-M. Guzartshik. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

Cette méthode n'est qu'une répétition de ce qui se fait tous les jours par les chirurgiens dans les plaies cavitaires. Appliquée au traitement de l'endométrite puerpérale, cette méthode se réduit à l'introduction d'une bande de gaze iodoformée dans la cavité utérine et dans le remplissage de la cavité utérine de bandes de gaze stérilisée. Sur 115 malades traitées de la sorte par l'auteur, dont 8 présentaient des complications, 1 est morte ; donc 0,86 p. 100 de mortalité ; pour les autres, on a fait 588 tamponnages, donc 5 sur chaque cas non compliqué pendant douze jours, moyenne de séjour à l'hôpital.

Extirpation de l'utérus et de ses annexes par le vagin avec l'application de pinces à demeure, par D.-E. Gorokhov. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

Dans son travail, l'auteur, médecin de Zemstvo, ayant réuni les matériaux cliniques gynécologiques russes et les données de sa clientèle personnelle, a tiré certaines conclusions d'un intérêt pratique.

En tout Gorokhov rapporte 85 observations : 9 p. 100 des malades ont succombé aux suites opératoires ; c'est à peu près le pourcentage de léthalité donné par la laparotomie ; l'hystéro-oophorotomie par le vagin présente l'avantage d'être moins longue, de trente à quarante minutes. Le bien-être de la plupart des malades, malgré l'avis de quelques chirurgiens, est suffisant ; les hémorrhagies post-opératoires sont rares et cèdent au tamponnement ; l'exécution de l'opération a été facile même dans les cas de l'abaissement peu suffisant de l'utérus, là où la suture de la plaie présentait de réelles difficultés. Les opérées pouvaient s'asseoir au bout de onze à quatorze jours, et au bout de douze à seize jours commençaient déjà à marcher. Un mois de séjour à l'hôpital a été suffisant pour la guérison complète.

Papillomes kystiques au point de vue clinique et pathologique, par D.-J. Shirtov.

Les propriétés cliniques des papillomes kystiques jusqu'à présent ne

sont pas encore bien nettement déterminées. L'opinion d'Olshausen est des plus admises par ceux qui considèrent les papillomes kystiques comme des néoformations de nature maligne. Cependant les observations cliniques ultérieurement faites ont démontré que les papillomes kystiques n'ont pas tous une évolution maligne et qu'il y a des cas où la guérison est possible à la suite de leur ablation. On constatait même des guérisons dans les cas où certaines parties de ces papillomes avaient été laissées dans la cavité péritonéale.

Les recherches anatomo-pathologiques à leur tour sont venues pour affirmer la nature bénigne de certains papillomes kystiques. En se basant sur des recherches cliniques et histologiques de vingt cas, le Dr Shirtov conclut : que les papillomes kystiques se développent de l'épithélium embryonnaire par la voie de son invagination dans le stroma de l'ovaire et des éléments parovariens.

Ils n'atteignent pas une grande taille, se trouvent situés surtout entre les feuillets des ligaments larges et se présentent sous forme des formations multicavitaires et bilatérales. Presque toutes les néoformations superficielles sont intracavitaires.

Là où on peut les rapporter aux papillomes ovariques, il est toujours facile de démontrer leur origine différente de celle des premiers, c'est-à-dire que la végétation a pour cause l'épithélium de la surface interne des cavités.

Au point de vue anatomique, on peut les classer en deux groupes : fibrome et adénome papillaire. Dans les premiers, on rencontre dans les papillomes la prédominance du tissu connectif ; dans d'autres, du tissu épithélial. Les papillomes du second type s'observent plus souvent et sont pourvus d'un réseau vasculaire très riche. Les formes intermédiaires entre le fibrome et l'adénome sont possibles. Le développement d'un kyste dans le papillome lui-même se fait par la voie de formation de bourgeons creux de l'épithélium papillaire dans le stroma et par leur détachement consécutif par bande. Au point de vue clinique, l'auteur constate un symptôme très caractéristique — les douleurs précoces ne correspondant nullement aux données de l'examen objectif. Le pronostic opératoire est favorable pour les deux types des papillomes si l'ablation totale de la tumeur est possible ; dans les cas où les ganglions disséminés restent après l'opération, le pronostic est moins favorable pour l'adénome.

Éléphantiasis des organes génitaux externes de la femme, par V.-M. Prigara. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

L'auteur a fait l'examen anatomo-pathologique de cinq cas de cette maladie; trois se rapportent aux petites lèvres, les deux autres aux grandes. La nature des phénomènes pathologiques se ramène aux altérations des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il a trouvé l'épaississement de toutes les couches des parois artérielles et surtout celui de la couche moyenne, dû quelquefois à l'oblitération complète de la lumière du vaisseau. L'épaississement des parois veineuses est moins constant; quelquefois elles sont même plus minces qu'ordinairement; les capillaires par places sont dilatés ou rétrécis ou même oblitérés complètement, la formation des thrombus n'est pas un phénomène rare.

Les vaisseaux lymphatiques sont dans la plupart des cas dilatés et thrombosées de lymphocytes. On constate dans les nerfs des phénomènes de neurite. Le stroma connectif de la peau est hypoplasié, quelquefois œdématié; près des vaisseaux on voit une multitude de corpuscules lymphoïdes qui infiltrent le stroma. La couche de Malpighi, dans les cas d'œdème du stroma connectif, est amincie, dans d'autres, au contraire, épaissie; on y observe tous les stades de dégénération de ses noyaux jusqu'à leur complète disparition; le protoplasma des cellules est souvent vacuolisé. Tout le tissu cutané, quelle que soit la période de la maladie, est infiltré de chaux.

D. Flamm.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

DE L'ACÉTONURIE PENDANT LA GROSSESSE,

LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

Par le Dr I. Ronsse
Assistant de la Clinique obstétricale à l'Université de Gand.

Depuis que Petters (1), en 1857, a découvert l'acétone dans les urines d'une femme diabétique morte dans le coma, de nombreux expérimentateurs ont cherché quels sont, au sein de l'organisme, le rôle et l'origine de cette substance. En 1874, Kussmaul (2) affirma que l'acétonémie est la cause du coma diabétique. Bourneville et Teinturier (3), de Gennes (4), Penzoldt (5), etc., partagèrent ses idées qui furent généralement admises jusqu'à la publication du travail de Frerichs (6) qui démontra que l'acétonurie n'est pas constante dans le coma diabétique et qu'elle se rencontre dans d'autres affections. Von Iaksch (7) alla plus loin et prouva, dans une série de travaux importants, que l'acétonurie existe normalement. Les conclusions contradictoires de ces différents auteurs amenèrent de nouvelles recherches : les unes, citons celles de Romme (8), confirment les idées de Kussmaul ; les autres, celles d'Engel (9) et d'Argenson (10), appuient les conclusions de von Iaksch. Ce sont ces dernières qui ont définitivement prévalu : l'acétonurie est donc un phénomène qui s'observe à l'état normal, mais ne dépasse guère 1 centigramme par jour d'après von Iaksch, 17 milligrammes d'après Argenson par litre. Parfois, elle devient beaucoup plus marquée et peut atteindre un demi-gramme par jour ; nous avons affaire alors à l'acétonurie pathologique que l'on peut rencontrer dans le diabète, le cancer, le saturnisme chronique, l'hystérie, l'empoisonnement par le phosphore, certains troubles digestifs,

dans la plupart des maladies à fièvres prolongées et élevées indépendamment de la nature de la maladie, dans les exanthèmes aigus, l'éclampsie, après les anesthésies, etc. L'acétonurie pathologique dans ces divers cas ne constitue cependant pas un symptôme important et ne permet pas de tirer de lui seul une conclusion de valeur. Il n'en serait pas de même en obstétrique, s'il fallait en croire certains auteurs qui considèrent l'acétonurie au cours de la grossesse comme un signe certain de la mort du fœtus. La présence de ce corps en quantité abondante dans l'urine nous permettrait donc de poser un diagnostic sûr et précoce, alors que tous les autres symptômes sont insuffisants. Dès lors, la recherche de l'acétone chez les femmes enceintes deviendrait très importante, par exemple dans certains cas de néphrite et de grossesse extra-utérine. Malheureusement, disons-le tout de suite, l'acétonurie pathologique n'est nullement un signe pathognomonique de la mort du fœtus et ne facilite pas le diagnostic obstétrical. Ce fut Vicarelli (11) qui, le premier, en 1893, attira l'attention des accoucheurs sur l'acétonurie des femmes enceintes. Il examina les urines de 137 femmes au point de vue de la présence ou de l'absence de l'acétone d'après les méthodes de Lieben, de Legal et de Reynold. Il ne trouva l'acétone que chez 9 femmes qui toutes accouchèrent, à des périodes différentes de la grossesse, d'enfants morts et macérés. L'acétonurie chez ces femmes diminua peu à peu et disparut dès le quatrième jour des suites de couches. Il examina aussi chez 2 de ces 9 femmes le liquide amniotique dans lequel il trouva chaque fois de l'acétone. Dans 11 autres cas l'urine ne donna que la réaction de Lieben; comme celle-ci est commune à plusieurs autres substances, Vicarelli pensa pouvoir exclure la présence de l'acétone. Il conclut de ses recherches que l'acétonurie pendant la grossesse, toutes les autres causes étant écartées, constitue un nouveau signe de la mort du produit de conception.

L. Knapp (12), dans un article qu'il a publié en 1897, confirme les conclusions de Vicarelli. Dans les 10 cas où il a trouvé immédiatement avant ou pendant et les premiers jours qui

suivent l'accouchement une acétonurie abondante, il s'agissait de femmes ayant accouché d'enfants morts et macérés. Par contre, il n'a jamais rencontré l'acétone dans les urines de 200 femmes enceintes et de 50 femmes en travail accouchant d'enfants vivants. Ajoutons immédiatement que Knapp s'est contenté, dans ses recherches, de la méthode de Legal appliquée à l'urine en nature sans distillation préalable. Par contre, Mercier et Menu (13), expérimentant sur le produit de distillation de l'urine, arrivent dans un intéressant travail sur « l'acétonurie dans la grossesse et la puerpéralité », aux conclusions suivantes que nous résumons d'après le *Centralblatt für Gynäkologie :*

1° L'acétonurie est rare pendant la grossesse normale.

2° Elle est relativement abondante, 3 fois sur 4, après un accouchement normal.

3° Elle se rencontre 1 fois sur 2, chez les femmes enceintes albuminuriques.

4° Elle est fréquente dans l'éclampsie puerpérale; elle n'est cependant nullement un signe certain de la mort du fœtus.

5° Elle se rencontre 2 fois sur 3, dans les suites de couches compliquées de maladies.

6° Elle est fréquente après des interventions laborieuses.

7° Elle est rare après l'avortement, 3 fois sur 27 cas.

8° Elle est fréquente chez les syphilitiques.

De même Couvelaire (14), dans un article de juin dernier, formule comme suit ses conclusions qui sont analogues à celles de Menu et Mercier :

1° L'état de grossesse ne détermine pas par lui-même l'acétonurie.

2° La rétention d'un fœtus mort in utero ne détermine pas par elle-même d'acétonurie.

3° Le travail de l'accouchement détermine une acétonurie esque constante (88,3 p. 100), transitoire, apparaissant pen- nt le travail et disparaissant définitivement dans les quatre emiers jours des suites de couches.

Pour être complet, nous devons encore signaler le travail de

Lop (15) qui, par la méthode de Legal, trouva une acétonurie chez 3 femmes au cours de 9 grossesses terminées chacune par l'expulsion d'un fœtus mort.

Ces données bibliographiques nous démontrent que les opinions sur l'acétonurie des femmes enceintes et accouchées sont contradictoires. Ces divergences ont plusieurs causes : comme il existe de nombreuses réactions de l'acétone (signalons celles de Lieben comme telle ou modifiée par von Gunning et par Le Nobel, de Legal, de Reynold, de Bela et de Penzoldt) (1), les expérimentateurs ont employé tantôt l'une, tantôt l'autre d'entre elles. Elles ne sont pas non plus caractéristiques pour l'acétone. Certaines ne s'obtiennent pas avec l'urine en nature, tandis que d'autres réussissent parfaitement dans ce milieu. Ce sont là toutes considérations dont les auteurs n'ont pas ou ont insuffisamment tenu compte et qui expliquent les conclusions contradictoires auxquelles ils sont arrivés. Ainsi, pour ne parler que des réactions les plus employées, celle de Lieben ne s'obtient pas avec l'urine en nature ; il faut soumettre d'abord celle-ci à la distillation. Dans le distillat, au contraire, elle permet de déceler des traces d'acétone (moins de 5 milligrammes par litre). La réaction de Legal, par contre, réussit parfaitement dans l'urine en nature et même souvent quand il y a absence complète d'acétone ! Elle est beaucoup moins sensible que la réaction de Lieben et ne donne un résultat positif que quand le liquide renferme au moins 50 centigrammes d'acétone par litre (Argenson).

Dans nos expériences personnelles nous avons appliqué d'abord plusieurs réactions, pour nous arrêter ensuite à celle de Lieben. Nous avons procédé de la façon suivante : après avoir recueilli 30 ou 40 centimètres cubes de liquide par distillation de 400 centimètres cubes d'urine la plus fraîche possible, nous en versons environ 10 centimètres cubes dans un tube à réaction ; nous y ajoutons d'abord quelques gouttes d'une solu-

(1) NEUBAUER und VOGEL. *Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns*, 1898. Analytischer Theil qualitative, Abtheilung, p. 57.

tion de Lugol (iode, 1 gramme; iodure de potassium, 2 grammes; eau distillée, 30 grammes) et ensuite, par goutte, de la soude caustique d'une densité de 1.30 jusqu'à disparition de la couleur brune. Quand le liquide renferme de l'acétone, il se forme un précipité laiteux d'iodoforme plus ou moins abondant. Comme l'alcool et l'aldéhyde donnent le même précipité, nous avons de temps en temps contrôlé nos résultats par la réaction de von Gunning, qui ne se produit ni avec l'alcool, ni avec l'aldéhyde. Cette réaction diffère de celle de Lieben en ce que la solution de Lugol est remplacée par la teinture d'iode et la soude caustique par l'ammoniaque. Elle donne, en présence de l'acétone à côté de l'iodoforme, un précipité noir d'iodure d'azote qui disparaît peu à peu, quelquefois seulement après un à deux jours et davantage encore.

Quand le précipité, qui se dépose au fond de l'éprouvette, nous laissait des doutes au sujet de sa nature, nous l'examinions au microscope, en le dissolvant au préalable dans l'éther, pour trouver les cristaux caractéristiques de l'iodoforme; ou bien, nous chauffions le précipité avec un mélange d'un grain de soude caustique et d'une quantité plus grande de thymol solide; en présence de l'iodoforme, le thymol fond en prenant une belle coloration violette. Nous contrôlions souvent aussi les réactions de Lieben et de von Gunning par celle de Legal, afin de nous assurer de ne pas avoir affaire au paracrésol qui donne la réaction de Lieben, mais pas celle de Legal.

Nous nous sommes donc mis dans les conditions les plus rigoureuses et les plus sûres pour découvrir dans l'urine l'acétone, même en minime quantité. Nous avons ainsi examiné les urines de chaque jour de 51 personnes, avant, pendant et après l'accouchement. Nous avons commencé nos analyses chez certaines d'entre elles, deux mois avant, et nous avons pu les poursuivre chez d'autres pendant un mois après l'accouchement.

Nous n'avons pas fait d'analyses quantitatives; nous avons pu évaluer facilement la quantité relative d'acétone renfermée dans les produits de distillation. Dans la rédaction de nos protocoles qui suivent, nous avons ainsi distingué: 1) des urines ne ren-

fermant pas d'acétone, ou 2) en renfermant une petite quantité que nous avons désignée sous le nom de quantité habituelle, ou 3) une quantité d'acétone manifestement augmentée, ou, enfin, 4) l'acétone en abondance. Nous avons commencé nos expériences au mois d'avril dernier avant que nous eussions pris connaissance du travail de Menu et Mercier, et avant la publication du travail de Couvelaire qui a paru au mois de juin.

Nous donnons d'abord séparément nos observations avec les brefs détails qu'elles exigent. Nous les réunissons ensuite dans un tableau afin que l'on puisse se rendre rapidement compte des conclusions qui s'en dégagent.

I. C..., 26 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : quinze heures ; forceps ; suites de couches normales. N'a pas allaité son enfant.

Du 6 au 15 mai, quantité d'acétone : habituelle.

Le 16 mai, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 17 mai, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Le 18 et 19, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Le 20, en couches, quantité d'acétone : nulle.

Le 21, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Le 22, en couches, quantité d'acétone : nulle.

Du 23 au 25, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 26.

II. — M..., 32 ans, IXpare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : deux heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 6 au 8 mai, quantité d'acétone : habituelle.

Le 9, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Du 10 au 18, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 19.

III. — B..., 18 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : quatorze heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 19 au 23 mai, quantité d'acétone : habituelle.

Le 24, quantité d'acétone : augmentée.

Du 25 mai au 5 juin, quantité d'acétone : habituelle ; 3 fois nulle.

Le 6, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 6, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 7, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Les 8 et 9, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 10 au 17, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 18.

IV. — Van D..., 19 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : huit heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 6 au 11 mai, quantité d'acétone : habituelle.
Le 12, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Le 13, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Du 14 au 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 17, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 18 au 22, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie, le 23.

V. — Van St..., 19 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : dix heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. La femme accouche d'un enfant mort et macéré.
Le 23, pendant le travail, quantité d'acétone : augmentée.
Le 24, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 25 mai au 3 juin, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 4.

VI. — De N..., 26 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : vingt-six heures et demie ; forceps. Déchirure du périnée du 1er degré ; suture, gangrène de la plaie. N'a pas allaité son enfant.
Du 6 au 9 mai, quantité d'acétone : habituelle.
Le 10, pendant le travail, quantité d'acétone : augmentée, temp. 38°,6 après l'accouchemement ; le soir 37°,1.
Le 11, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 12, en couches, quantité d'acétone : nulle.
Du 13 au 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 17, quantité d'acétone : augmentée.
Du 18 mai au 10 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 11 juin.

VII. — V..., 18 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : douze heures. Albuminurie. Accès d'éclampsie

pendant le travail ; forceps, suites de couches normales (l'albuminurie persiste pendant quatre jours après l'accouchement). N'a pas allaité son enfant.

Du 6 au 23 mai, quantité d'acétone : habituelle ; trois fois nulle.

Le 24, quantité d'acétone : augmentée.

Du 25 au 30, quantité d'acétone : habituelle.

Le 1er juin, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Le 2, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Du 3 au 23, quantité d'acétone : habituelle ; quatre fois nulle.

Elle sort guérie le 24 juin.

VIII. — X..., 25 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : quatorze heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. N'a pas allaité son enfant.

Du 10 mai au 11 juin, quantité d'acétone : habituelle ; cinq fois nulle.

Le 12, quantité d'acétone : augmentée.

Le 13, quantité d'acétone : nulle.

Du 14 au 16, quantité d'acétone : habituelle.

Les 17 et 18, quantité d'acétone : augmentée.

Du 19 juin au 4 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Le 5, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Les 6 et 7, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 8 au 15, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 16 juillet.

IX. — D..., 23 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : seize heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant pendant sept jours.

Du 23 au 25 mai, quantité d'acétone : abondante.

Du 26 mai au 2 juin, quantité d'acétone : habituelle.

Le 3, quantité d'acétone : augmentée.

Le 4, quantité d'acétone : habituelle.

Les 5 et 6, quantité d'acétone : augmentée.

Le 7, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Les 8 et 9, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 10 au 26, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 27 juin.

X. — M.. , 19 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.

Durée du travail : cinq heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 25 mai, quantité d'acétone : habituelle.
Le 26, quantité d'acétone : augmentée.
Les 27 et 28, quantité d'acétone : habituelle.
Les 29 et 30, quantité d'acétone : abondante.
Les 31 mai et 1er juin, quantité d'acétone : augmentée.
Du 2 au 4, quantité d'acétone : habituelle.
Elle quitte la Maternité et nous revient le 21 juillet.
Le 22 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Les 23 et 24, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 25, quantité d'acétone : augmentée.
Du 26 juillet au 1er août, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 2 août.

XI. — P..., 20 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : quinze heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 4 au 6 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Le 7, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 7 en couches, quantité d'acétone : abondante.
Les 8 et 9, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 10, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 11 au 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 17 juillet.

XII. — De B..., 36 ans, IIIpare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : six heures. Accouchement normal. Insuffisance mitrale prononcée. N'a pas allaité son enfant.
Le 30 mai, quantité d'acétone : habituelle.
Le 31, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Les 1er et 2 juin, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 3, en couches, quantité d'acétone : habituelle. T. S. 38°,6.
Le 4, en couches, quantité d'acétone : habituelle. T. M. 37°,5 ; S. 38°,2.
Le 5, en couches, quantité d'acétone : habituelle. T. M. 37°,2 ; S. 38°.
Le 6, en couches, quantité d'acétone : habituelle. T. M. 37°,2 ; S. 38°.
Le 7, en couches, quantité d'acétone : habituelle. T. M. 37°,8 ; S. 40 ; purge.
Le 8, en couches, quantité d'acétone : augmentée. T. M. 36°,5 ; S. 37°, 5.
Le 9, en couches : quantité d'acétone : habituelle. T. M. 36°,5 ; S. 38°.
Le 10, en couches, quantité d'acétone : augmentée. T. M. 37°,3 ; S. 37°,2.

Du 11 au 15, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 16 juillet.

XIII. — H..., 33 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : six heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Les 6 et 7 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Les 8 et 9, quantité d'acétone : augmentée.
Le 10, quantité d'acétone : nulle.
Le 11, quantité d'acétone : habituelle.
Le 12, quantité d'acétone : augmentée.
Le 13, pendant le travail : quantité d'acétone abondante.
Le 13, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 14, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 15 au 18, quantité d'acétone : augmentée.
Du 19 au 23, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 24 juin.

XIV. — X..., 23 ans, primipare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : quatorze heures. Accouchement et suites de couches normaux. N'a pas allaité son enfant.
Les 6 et 7 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Du 8 au 12, quantité d'acétone : augmentée.
Les 13 et 14, quantité d'acétone : habituelle.
Le 15, quantité d'acétone : abondante.
Du 16 juin au 3 juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Le 4, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Du 5 au 7, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 8, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 9 au 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 17 juillet.

XV. — Van den B..., 20 ans, Ipare, à 8 mois.
Jumeaux (1er O. I. G. A., 2e épaule droite antérieure). Durée du travail : quatre heures. Accouchement normal pour le premier; normal pour le deuxième, après version externe. Suites de couches normales. N'a pas allaité ses enfants.
Le 9 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 9 juin, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 10 au 12, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 13 au 19, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 20.

XVI. — I..., 18 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : vingt-trois heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Le 9 juin, quantité d'acétone : abondante.
Du 10 au 15, quantité d'acétone : habituelle.
Les 16 et 17, quantité d'acétone : augmentée.
Du 17 au 22, quantité d'acétone : habituelle.
Le 23, quantité d'acétone : augmentée.
Le 24, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Du 25 juin au 2 juillet, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 3 juillet.

XVII. — S..., 23 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : trois heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 11 au 21 juin, quantité d'acétone : habituelle; une fois nulle.
Le 22, quantité d'acétone : augmentée.
Du 23 juin au 4 juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Le 15, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Le 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 17, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 8 au 14, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 15 juillet.

XVIII. — De R..., 20 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : quatre heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 16 au 20 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Le 21, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Du 22 au 1er juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 2 juillet.

XIX. — D..., 37 ans, Vpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : neuf heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 17 au 19 juin, quantité d'acétone : augmentée.
Du 20 au 22, quantité d'acétone : habituelle.
Le 23, quantité d'acétone : abondante.

Le 24, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Les 24 et 25, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 26 juin au 2 juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 3 juillet.

XX. — S..., 28 ans, IIIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : neuf heures. Accouchement et suites de couches normaux. N'a pas allaité son enfant.
Le 17 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Le 18, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 19, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 20 au 29, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 30 juin.

XXI. — Van de St..., 40 ans, XIVpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : six heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Le 17 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 17, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 18, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 19 au 25, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 26 juin.

XXII. — R..., 18 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : six heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 21 au 27 juin, quantité d'acétone : habituelle.
Le 28, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Les 29 et 30, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 1er juillet, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 2 au 6, quantité d'acétone : habituelle, une fois nulle.
Elle sort guérie le 7 juillet.

XXIII. — R..., 23 ans, IIIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail, trois heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Le 22 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Du 23 juin au 1er juillet, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 2 juillet.

XXIV. — V..., 26 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.

Durée du travail, huit heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 24 juin, quantité d'acétone : abondante.

Le 25, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 26, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Le 27, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Du 28 juin au 5 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 6 juillet.

XXV. — H..., 38 ans, Ipare, à 8 mois, O. I. G. A. Durée du travail : dix heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. N'a pas allaité son enfant.

Le 24 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 25, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Le 26, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Le 27, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Du 28 juin au 2 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 3 juillet.

XXVI. — Van H..., 21 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A. Durée du travail : sept heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 26 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Les 27 et 28, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Le 29, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Du 30 juin au 3 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 4 juillet.

XXVII. — Cr..., 18 ans, IIIpare, à terme, S.I.D.A.

Durée du travail : dix-huit heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 27 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Les 28 et 29, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Le 30, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Du 1er au 5 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 6 juillet.

XXVIII. — B..., 20 ans, IIpare, à 8 mois.

Jumeaux : 1er O. I. D. P.; 2e S. I. G. A. Durée du travail : cinq heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. N'a pas allaité ses enfants.

Le 30 juin, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Les 1er et 2 juillet, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 3, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 4 au 10, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 11 juillet.

XXIX. — De Br..., 24 ans, IIpare, à terme, O. I. D. P. Durée du travail : sept heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 2 au 4 juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Le 5, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Le 6, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 7 au 13, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 14 juillet.

XXX. — Van den S..., 20 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A. Durée du travail : huit heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 2 au 5 juillet, quantité d'acétone : habituelle.
Le 6, pendant le travail, quantité d'acétone : augmentée.
Le 7, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 8, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 9 au 17, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 18 juillet.

XXXI. — Br..., 21 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P. Durée du travail : huit heures et demie. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 3 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Les 4 et 5, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Le 6, en couches, quantité d'acétone : augmentée.
Du 7 au 12, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 13 juillet.

XXXII. — V..., 25 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A. Durée du travail : quinze heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 3 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Les 4 et 5, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 6 au 12, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 13 juillet.

XXXIII. — M..., 19 ans, IIIpare, à terme, O. I. G. A. Durée du travail : dix heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 3 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Les 4 et 5, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 6 au 15, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 16 juillet.

XXXIV. — H..., 41 ans, XIpare, à terme, O. I. G. A. Durée du travail : dix heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 4 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Le 5, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 6 au 12, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 13 juillet.

XXXV. — Pl..., 29 ans, IIpare, à terme, O. I. D. P. Durée du travail : deux heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 7 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Les 8 et 9, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 10 au 19, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 20 juillet.

XXXVI. — E..., 30 ans, IIpare, à terme, O. I. D. P.

Durée du travail : douze heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 9 au 14 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Le 15, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Du 16 au 24, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 25 juillet.

XXXVII. — V..., 20 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : six heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 11 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Les 12 et 13, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 14 au 21, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 22 juillet.

XXXVIII. — H.., 29 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : vingt-trois heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité pendant cinq jours.

Le 14 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 15, en couches, quantité d'acétone abondante.

Du 16 au 24, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 25 juillet.

XXXIX. — H..., 24 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : sept heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 18 au 28 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Le 29, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Le 30, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Les 31 juillet et 1er août, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Le 2, en couches, quantité d'acétone : nulle.

Du 3 au 9, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 10 août.

XL. — Sch..., 35 ans, IIIpare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : cinq heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 18 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Du 19 au 27, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 28 juillet..

XLI. — Van B..., 27 ans, IVpare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : trois heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 20 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Le 21, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Les 22 et 23, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 24 au 28, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 29 juillet.

XLII. — De Br..., 38 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : trente-neuf heures. Accouchement et suites, de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 21 juillet, quantité d'acétone, abondante.

Le 22, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 23, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 24 juillet au 7 août, en couches, quantité d'acétone : habituelle ; une fois nulle.

Elle sort guérie le 8 août.

XLIII. — Van Sr..., 22 ans, IIpare, à terme, O. I. D. P.

Durée du travail : quatre heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 21 juillet au 4 août, quantité d'acétone : habituelle; une fois nulle.

Le 5 août, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Du 10 au 13, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 14 août.

XLIV. — De M..., 20 ans, Ipare, à terme, O. I. G. A.

Durée du travail : treize heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Les 22 et 23 juillet, quantité d'acétone, abondante.

Le 24, quantité d'acétone, augmentée.

Du 25 juillet au 12 août, quantité d'acétone habituelle.

Le 13, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Du 14 au 22, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Elle sort guérie le 23 août.

XLV. — Van den B..., 22 ans, Ipare, à terme, O.I. D. P.

Durée du travail : onze heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Le 25 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.

Le 26, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Les 27 et 28, en couches, quantité d'acétone : augmentée.

Du 29 juillet au 5 août, en couches, quantité d'acétone : habituelle; une fois nulle.

Elle sort guérie le 6 août.

XLVI. — De B..., 19 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.

Durée du travail : seize heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.

Du 26 au 28 juillet, quantité d'acétone : habituelle.

Le 29, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.

Le 30, en couches, quantité d'acétone : habituelle.

Le 31, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 1er au 6 août, quantité d'acétone : habituelle; une fois nulle.
Elle sort guérie le 7 août.

XLVII. — De B..., 20 ans, IIIpare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : quatre heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Le 28 juillet, pendant le travail, quantité d'acétone : habituelle.
Du 29 juillet au 6 août, en couches, quantité d'acétone : habituelle ; une fois nulle.
Elle sort guérie le 7 août.

XLVIII. — Van den M..., 26 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : cinq heures. Accouchement et suites de couches normaux. A allaité son enfant.
Du 2 au 11 août, quantité d'acétone : habituelle.
Le 11, pendant le travail, quantité d'acétone : augmentée.
Du 13 au 21, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 22 août.

XLIX. — Van D..., 28 ans, IIpare, à terme, O. I. G. A.
Durée du travail : neuf heures et demie. Accouchement et suites de couches, normaux. A allaité son enfant.
Le 6 août, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 7, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Le 8, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 9 au 15, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 16 août.

L. — De T..., 21 ans, Ipare, à terme, O. I. D. P.
Durée du travail : onze heures. Accouchement et suites de couches, normaux. N'a pas allaité son enfant.
Le 7 août, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Du 8 au 10, en couches, quantité d'acétone : abondante.
Du 11 au 16, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérie le 15 août.

LI. — V..., 18 ans, Ipare, à terme. O. I. G. A.
Durée du travail : onze heures. Accouchement et suites de couches, normaux. A allaité son enfant.
Le 9 août, pendant le travail, quantité d'acétone : abondante.
Le 10, en couches, quantité d'acétone : abondante.

Du 11 au 17, en couches, quantité d'acétone : habituelle.
Elle sort guérit le 18 août.

Toutes les observations précédentes ont été prises à la Maternité de Gand. Nous signalerons encore deux cas que nous avons rencontrés dans notre clientèle privée et qui sont assez intéressants.

LII. — Mme H..., 35 ans, IVpare, dernières règles le 24 juin 1898. Premiers mouvements de l'enfant, commencement de novembre. Le 20 mars, elle éprouve une forte émotion à la suite de laquelle elle ne perçoit plus aucun mouvement fœtal. Le 21 mars, à notre examen, nous diagnostiquons une grossesse presque à terme, présentation de l'épaule droite postérieure. Nous n'entendons pas les bruits du cœur du fœtus. Nous soumettons, à différentes reprises, les urines à la distillation comme dans nos observations précédentes :

Le 22 mars, quantité d'acétone : nulle.

Le 28, quantité d'acétone : nulle ; crépitation osseuse très manifeste.

Le 5 avril, quantité d'acétone : nulle.

Le 12, quantité d'acétone : nulle.

Le 20, quantité d'acétone : nulle.

Le 28, quantité d'acétone : nulle.

Le 5 mai, quantité d'acétone : nulle.

Le 15, quantité d'acétone : nulle.

Le 20, quantité d'acétone : habituelle.

Le 26, quantité d'acétone : habituelle.

Le 2 juin, quantité d'acétone : nulle.

Le 7 mai, pendant le travail, quantité d'acétone : nulle ; enfant mort et macéré.

Le 9, en couches, quantité d'acétone : nulle.

Les suites de couches ont été tout à fait normales.

LIII. — Mme S..., 25 ans, Ipare, enceinte, d'après les dernières règles, de six à sept mois ; a éprouvé au commencement d'avril une forte émotion. Depuis ce jour le ventre et les seins ont diminué de volume.

Le 4 mai, nous sommes appelé ; la dame, en travail, expulsa bientôt un enfant mort et macéré de 5 à 6 mois. Les urines, le jour de l'accouchement et celles du lendemain ne renfermèrent pas une trace d'acétone, après distillation préalable.

Numéro des observations	Parité	Durée du travail en heures.	Nombre des jours observés avant l'accouchement	Quantité d'acétone pendant les jours observés avant l'accouchement	Quantité d'acétone pend. le travail (1)	Quantité d'acétone pendant les suites de couches (1).	Nombre des j. obs. après l'accouch.	La mère a allaité (A).	OBSERVATIONS
1	I	15	10	H	Ab	A, 1er jour.	10		Forceps.
2	IX	2	3	H	H	H	10	A	
3	I	14	18	H; A, 1 jour; O, 3 jours.	Ab	A, 2e et 3e jours.	10	A	
4	I	8	5	H	H	H; A, 5e jour.	10	A	
5	I	10½			A	Ab, 1er jour.	10		Enfant mort et macéré.
6	I	26½	4	H	A	H; A, 7e jour.	31		Forceps. Déchirure du périnée. Suture. Gangrène de la plaie. Température après l'accouchement : 38°,6.
7	I	12	24	H; O, 3 jours; A, 1 jour.	H	H	22		Albuminurie. Eclampsie. Forceps. L'albuminurie disparaît le 4e jour après l'accouchement.
8	I	14½	55	H; O, 6 jours; A, 3 jours.	H	Ab, 1er et 2e jour.	11		
9	I	16	15	H; Ab, 3 jours; A, 3 jours.	Ab	Ab, 1er et 2e jour.	10	A (7 jours).	
10	I	5	Voir texte.	H; Ab, 2 jours; A, 3 jours.	H	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	10	A	
11	I	15	3	H	Ab	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	10	A	
12	III	6	1	H	H	H; A, 8e, 9e et 10e jour.	16		Insuffisance mitrale prononcée. Fièvre pendant une semaine.
13	I	6	7	H; A, 3 jours.	Ab	Ab, 1er jour; A, 2e jour.	10	A	
14	I	14½	29	H; A, 4 jours; Ab, 1 jour.	Ab	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	12		
15	I	4			Ab	Ab, 1er, 2e et 3e jour.	11		Accouchement gémellaire à huit mois.
16	I	23	15	H; Ab, 1 jour; A, 3 jours.	Ab	H	10	A	
17	II	3½	23	H; A, 1 jour; O, 1 jour.	H	H; A, 2e jour.	10	A	
18	II	4	5	H	H	H	11	A	
19	V	9	8	H; A, 3 jours; Ab, 1	Ab	A, 1er et 2e jour.	10	A	

23	III	3			Ab	H	11	A	
24	I	8	1	Ab	Ab	Ab, 1er jour; A, 2e jour.	11	A	
25	I	10½			Ab	A, 1er et 3e jour.	9		
26	I	7			Ab	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	9	A	
27	III	18			Ab	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	9	A	
28	II	5½			H	H; A, 3e jour.	10		Accouchement gémellaire à six mois.
29	II	7	3	H	H	Ab, 1er jour.	10	A	
30	I	8½	4	H	A	H; A, 2e jour.	12	A	
31	I	8½			Ab	Ab, 1er et 2e jour; A, 3e jour.	10	A	
32	I	15			Ab	Ab, 1er et 2e jour.	11	A	
33	III	10			H	Ab, 1er et 2e jour.	13	A	
34	XI	10			H	Ab, 1er jour.	10	A	
35	II	2			H	Ab, 1er et 2e jour.	11	A	
36	II	12	5	H	Ab	H	11	A	
37	I	6			H	Ab, 1er et 2e jour.	11	A	
38	I	23			Ab	Ab, 1er jour.	11	A (5 jours)	
39	II	7	11	H	H	H; Ab, 2e et 3e jour.	11	A	
40	III	5			H	H	10	A	
41	IV	3			H	H; Ab, 2e et 3e jour.	9	A	
42	I	39	1	Ab	Ab	Ab, 1er jour.	16	A	
43	II	4	14	H; O, 1 jour.	H	H	9	A	
44	I	13	22	H; Ab, 2 jours; A; 1 jour.	H	H	10	A	
45	I	11			Ab	Ab, 1er jour; A, 2e et 3e jour.	11	A (5 jours)	
46	I	16	3	H	H	H; Ab, 2e jour.	9	A	
47	III	4			H	H	10	A	
48	II	5	10	H	A	H	10	A	
49	II	9½			Ab	H; Ab, 2e jour.	10	A	
50	I	11			Ab	Ab, 1er et 2e jour.	10		
51	I	11			Ab	Ab, 1er jour.	9	A	
52	IV	Voir texte.							Enfant mort et macéré.
53	I	Voir texte.							Enfant mort et macéré.

(1) Quantité nulle : O; Quantité habituelle : H; Quantité manifestement augmentée : A ; Quantité abondante : Ab.

Nos recherches ont donc porté sur 53 cas. On remarque tout d'abord que, dans l'évaluation des quantités d'acétone trouvées dans les produits de distillation des urines, nous employons le terme : quantité habituelle. Nos nombreuses analyses nous font admettre, en effet, une légère acétonurie normale, mais qui n'est pas toutefois caractéristique de la grossesse et qui existe dans l'organisme le plus physiologique comme l'ont déjà signalé plusieurs auteurs : Von Iaksch, Engel, Argenson, etc. Nous confirmons simplement leurs résultats pour la femme enceinte et accouchée. Cette acétonurie normale est assez différente d'après les personnes et varie chez la même personne d'un jour à l'autre. Exceptionnellement la méthode de Lieben ne nous a pas donné de précipité appréciable d'iodoforme. Cette absence d'acétone, en quantité appréciable, est rare, et n'existe même pas d'une façon permanente. Comme l'indiquent nos protocoles, l'acétone fait parfois défaut un jour, mais le lendemain, au plus tard deux jours après, on la retrouve au moins en quantité normale.

L'acétonurie manifestement augmentée ou abondante apparaît de temps en temps au cours de la grossesse normale pendant un, deux à trois jours, sans qu'une cause quelconque en donne l'explication et sans qu'aucun symptôme pathologique puisse y faire songer. Ainsi, dans tous les cas où nous avons pu faire les analyses pendant quinze jours avant l'accouchement, nous observons au moins un jour, souvent deux et trois, une acétonurie manifestement surnormale ; celle-ci se présente d'une façon irrégulière ; toutefois, dans 4 cas sur 29, nous l'avons rencontrée la veille du début du travail réel de l'accouchement (observations 3, 16, 19 et 42).

Le travail de l'accouchement augmente dans la pluralité des cas manifestement l'élimination de l'acétone. Sur les 51 observations, 30 fois les urines émises pendant le travail renfermaient l'acétone en quantité ou simplement augmentée, 4 fois, ou abondante, 26 fois, donc dans 59 p. 100 des cas.

Plus le travail est long, plus l'augmentation de l'acétonurie est fréquente et marquée : si nous réunissons d'une part nos

observations dans lesquelles la durée du travail n'a pas dépassé huit heures et demie et, d'autre part, celles dans lesquelles le travail a duré plus longtemps, dans le premier groupe, comprenant 25 observations, nous avons trouvé seulement 10 fois une augmentation de l'acétonurie, soit dans 40 p. 100 des cas ; dans le second groupe, par contre, comprenant 26 observations, l'acétonurie est augmentée 20 fois, c'est-à-dire dans 77 p. 100 des cas.

Pendant les suites de couches, l'acétonurie est augmentée, le premier jour, dans 29 cas, le deuxième jour, dans 7 cas et le troisième dans 1 cas ; donc, sur les 51 cas, nous observons 37 fois une augmentation dans l'élimination de l'acétone pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, soit dans 73 p. 100 des cas. Cette augmentation se maintient un jour, dans 17 cas ; deux jours, dans 12 cas ; trois jours, dans 11 cas ; dans aucune de nos observations elle ne se maintient plus de trois jours. (Nous ne tenons pas compte de l'augmentation de l'acétonurie qui s'est produite le cinquième, le septième et le huitième jour chacun dans un cas ; nous la considérons comme accidentelle, se produisant d'une façon irrégulière (comme nous l'avons observé au cours de la grossesse).

L'influence de l'allaitement sur l'élimination de l'acétone semble nulle. Ainsi, sur les 12 personnes qui n'ont pas allaité, il y en a eu 9 qui ont présenté une augmentation de l'acétonurie pendant les suites de couches, soit 75 p. 100 des cas (nous faisons naturellement abstraction des cas où l'acétonurie simplement augmentée n'a apparu que le cinquième, septième et huitième jour). Sur les 39 femmes qui ont allaité, 28 ont présenté une augmentation de l'acétonurie, c'est-à-dire 72 p. 100 des cas.

L'augmentation de l'acétonurie pendant le travail de l'accouchement et les suites de couches est influencée d'une façon marquée par la parité, ce qui résulte vraisemblablement de la différence de la durée du travail. Sur 28 primipares, 21 présentent une acétonurie exagérée pendant le travail, soit 75 p. 100 des cas, et sur 23 multipares nous en rencontrons seulement 9 où l'acétonurie est augmentée, c'est-à-dire 39 p. 100 des cas.

Pendant les suites de couches, sur 28 primipares, 25, soit 89 p. 100 et sur 23 multipares, 15 seulement, soit 65 p. 100, présentent une augmentation de l'acétonurie.

Les interventions, la fièvre, l'albuminurie, les accès d'éclampsie ne semblent pas modifier d'une façon sensible l'élimination de l'acétone, quoique nous n'oserions conclure définitivement à ce sujet, les cas que nous avons observés étant trop peu nombreux.

Dans 3 cas d'expulsion d'un fœtus mort et macéré (observations 5, 52 et 53), l'acétonurie n'a pas été plus accentuée que dans les cas normaux; il en résulte que l'acétonurie exagérée n'est nullement un symptôme de la mort du fœtus, nous ne pouvons donc pas du tout confirmer les conclusions de Vicarelli et de Knapp ; au contraire, dans ces trois cas précités l'augmentation de l'acétonurie a été moins marquée que dans les cas normaux.

Accessoirement, nous avons soumis les liquides amniotiques que nous avons pu recueillir aux mêmes distillations et réactions que les urines. Comme les quantités que nous avons pu nous procurer dans les différents cas ont naturellement été très variables, il nous a été très difficile d'apprécier la quantité relative d'acétone qu'elles renfermaient; il est cependant facile d'observer des variations. Sur les 28 cas où nous avons distillé le liquide amniotique, la réaction de Lieben n'a donné de résultat négatif qu'une seule fois. Dans 18 cas, nous avons obtenu un précipité d'iodoforme que nous ne pourrions comparer à celui qui correspond à la teneur habituelle en acétone des urines. Dans les 9 autres, la quantité d'acétone a été réellement abondante. Dans ces derniers cas la quantité d'acétone dans les urines pendant le travail était également abondante. Nous pouvons donc conclure que la présence de l'acétone en faible quantité est normale dans le liquide amniotique au moment de la rupture de la poche des eaux pendant le travail, (18 fois sur 28, soit 65 p. 100 des cas) ; mais, souvent aussi, elle est réellement abondante (9 fois sur 28, soit 32 p. 100 des cas).

BIBLIOGRAPHIE

1. PETTERS. *Prager Vierteljahrschrift*, 1857.

2. KUSSMAUL. Zur Lehre von Diabetes mellitus. *Zeitschrift für physiol. Chemie*, XIV, p. 471.

3. BOURNEVILLE et TEINTURIER. *Progrès médical*, 1875.

4. DE GENNES. Thèse de Paris, 1884.

5. PENZOLDT. Beiträge zur Lehre von Acetonurie. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1889.

6. FRERICHS. Ueber den plotzlichen Tod, etc. *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1883.

7. VON JAKSCH. 1) Ueber path. Acetonurie. *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1882.
2) *Ueber Acetonurie und Diaceturie*. Berlin, 1885.
3) Epilepsia acetonica. *Zeitschrift, f. klin. Med.*, 1885.
4) *Wiener med. Wochenschr.*, 1889.

8. ROMME. *L'acétonurie*. Thèse de Paris, 1888.

9. ENGEL. Mengen Verhältniss des Aceton. *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1892.

10. ARGENSON. *Recherches sur l'acétonurie*. Thèse de Paris, 1898.

11. VICARELLI. *Prager. med. Wochenschr*, 1893.

12. L. KNAPP. Aceton im Harn Schwangerer und Gebärender als Zeichen des intra-uterin Fruchttodes. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1897, p. 417.

13. MERCIER et MENU. De l'acétonurie dans la grossesse et la puerpéralité. *Soc. d'obstétrique de Paris*, 1898. Résumé dans le *Centralblatt f. Gynäk.*, 1899, p. 69.

14. COUVELAIRE. De l'acétonurie transitoire du travail de l'accouchement *Ann. de Gynécologie et d'Obst.*, 1899, juin.

15. LOP. De la présence de l'acétone dans les urines en cas de mort du fœtus. *Gazette des hôpitaux*, mai 1899.

DE LA SALPINGOSTOMIE

Par le Dr **Gouilliond**,
Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph.

Lawson Tait, à qui nous devons, dans l'ablation des trompes malades, un des plus importants progrès de la gynécologie, voulait qu'en cas de salpingite on enlevât non seulement les trompes manifestement malades, mais même en cas de salpingite unilatérale, la trompe du côté opposé, quoique saine. Il y a longtemps que justice a été faite de cette erreur, et de tout temps à l'école de M. Laroyenne nous avons appris à n'enlever que des organes dont la lésion était nettement constatée, et pour nous l'occlusion tubaire par des adhérences a toujours été le critérium de la lésion.

Il y a longtemps que même ces adhérences du pavillon, si elles se bornaient à quelques brides légères et faciles à détacher, n'étaient pas une indication nécessaire d'ablation et nous avons de ces cas des observations datant de huit et neuf ans.

Enfin nous avons fait un pas de plus dans la conservation de la trompe. Tandis que jadis nous enlevions résolument les annexes utérines des deux côtés quand l'acuité et la persistance des douleurs légitimaient l'intervention abdominale, et que nous trouvions les deux pavillons obturés, maintenant nous nous efforçons de conserver d'un côté, du côté des moindres lésions, à droite le plus souvent, un ovaire et une trompe. Nous réséquons le pavillon bouché et adhérent, distendu ou non par du liquide et nous faisons un nouveau pavillon en adaptant par quelques points de suture la muqueuse tubaire terminale à la

---

(1) Communication faite à la Société de chirurgie de Lyon, le 7 décembre 1899.

séreuse correspondante. Si la trompe n'est pas distendue par un peu de liquide, nous agrandissons l'orifice terminal en ouvrant sur un centimètre environ le conduit tubaire pour faciliter l'éversion de la muqueuse.

Il est évident qu'il faut conserver un fragment d'ovaire, et, si nécessaire, le décortiquer de la couche d'adhérences qui le rend stérile et microkystique. On peut joindre à cela une suture rapprochant l'ovaire de l'orifice tubaire.

Lors de nos premières opérations, nous connaissions les faits antérieurs de Polk et de Dudley. Nous avons trouvé la même opération pratiquée par Skutsch, Martin, Mackenroth, etc. C'est même à Skutsch que nous devons l'expression de salpingostomie.

En France, la thèse récente de Montana renferme des observations de Richelot, Clado, Legueu, Tuffier, Delbet, etc.

Enfin un de nos élèves, M. Jarsaillon, vient de faire, sur ce sujet, une thèse bien travaillée et limitée à la chirurgie conservatrice de la trompe [thèse de Lyon, 1899]. Nous ne faisons ici que donner nos vues personnelles et nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Jarsaillon, pour les observations, la bibliographie et l'étude complète de la question.

Dire les cas où nous sommes intervenus, c'est poser les *indications*, telles que nous les comprenons.

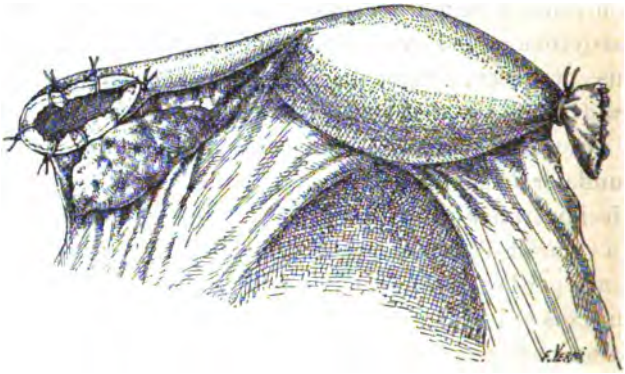
C'est à la lésion ancienne, chronique, opérable à froid que nous nous adressons. Jusqu'ici ce sont la persistance des douleurs et l'infirmité à laquelle elles réduisaient les malades qui nous ont fait intervenir.

Dans quelques-uns des cas, la lésion est pour ainsi dire cicatricielle : les trompes ne sont pas distendues, elles sont peu grosses même, mais bouchées, adhérentes au fond du bassin, et elles maintiennent l'utérus immobile, souvent en rétroversion irréductible. Dans ces conditions, les malades souffrent au moindre effort de la marche ou du travail.

Dans d'autres cas, c'est à la salpingite catarrhale, déjà ancienne, ou à l'hydrosalpinx que nous avons affaire : c'est peut-être là la plus fréquente indication.

Dans les cas de pyosalpinx, même ancien, nous n'avons pas osé la conservation jusqu'ici. Les Américains, Polk, Dudley, n'ont pas hésité à le faire et ils l'ont fait avec succès. Le pus des salpingites datant de longs mois est souvent stérile, mais nous attendons, pour en laisser la cavité ouverte dans le péritoine, d'avoir un critérium sûr pour juger des cas où cette conduite n'est pas une témérité.

Ce que nous avons fait dans un cas de suppuration, c'est le



débridement d'une collection par le vagin suivant la méthode de M. Laroyenne, puis, quelques mois après, la laparotomie avec ablation des annexes les plus malades et conservation de l'ovaire et de la trompe du côté opposé, en libérant l'ovaire de ses adhérences et en faisant un nouveau pavillon à la trompe bouchée. Nous insistons sur l'importance de cette manière de procéder, nouvelle. Elle peut permettre de triompher des accidents les plus aigus et cependant de réserver la possibilité de conserver à la femme toutes ses fonctions.

La thèse de Jarsaillon renferme d'autres tentatives très différentes et inédites de Jaboulay, que je me permets de mentionner simplement ici.

Il est évident que tous les cas graves, tous les cas septiques, complexes, avec destruction plus ou moins complète de l'ovaire, avec grosses lésions des trompes, doivent être traités par

l'ablation large des deux trompes, sinon par la castration abdominale totale, de Delagénière. Il en est de même de la tuberculose des trompes.

Nous devons préciser encore : en effet, nous ne proposons la salpingostomie ni pour les cas où le traitement médical ou gynécologique non opératoire peuvent suffire, ni pour les cas justiciables de la méthode de M. Laroyenne, à laquelle nous restons fidèle, ni pour ceux où l'opération plus radicale de Péan nous semble préférable. C'est dans les cas où le traitement médical n'est plus de mise, où d'autre part les méthodes de Laroyenne et de Péan ne sont indiquées ni par l'acuité des lésions, ni par leur complexité, et où on peut espérer la conservation des annexes d'un côté que nous intervenons par l'abdomen. La vue des lésions nous permet d'opter entre la castration unilatérale simple, la castration unilatérale avec salpingostomie, l'opération de Lawson Tait ou même celle de Delagénière.

Il n'y aurait d'ailleurs aucune impossibilité à faire la salpingostomie par la voie vaginale, dans les cas où l'on peut abaisser les annexes et les soumettre à la vue, que l'on intervienne par l'incision postérieure ou par la colpotomie antérieure. Nous avons jusqu'ici préféré la voie abdominale.

Quels sont les *résultats* de notre nouvelle manière de faire ?

Au point de vue du danger vital, il est nul, si on sait se borner aux indications que nous venons de poser et si l'on opère dans les conditions requises, ou plutôt si la malade ne court que le risque inhérent à toute laparotomie, je devrais plutôt dire, à toute opération. Mais le danger deviendra grand si on abuse de la salpingostomie.

On pourrait craindre, si on se rappelait les préceptes de Lawson Tait, de voir survenir des récidives. Il y en aura sans doute si l'on étend trop les indications de la salpingostomie. Mais il n'en a rien été dans nos cas, ni dans ceux que nous connaissons, à quelques rares exceptions près. A. Martin, de Berlin, insiste sur l'euphorie de ses opérées. Les nôtres affirment la disparition de leurs douleurs. A plusieurs reprises nous leur avons demandé de quel côté elles se sentaient le mieux

guéries, du côté gauche ou du côté de la salpingostomie. Il est à remarquer que celle-ci correspondait aux moindres lésions initiales; mais les réponses de nos malades étaient hésitantes, ou même elles accusaient un moindre soulagement du côté de l'ablation complète, où l'on sentait le ligament large faire une bride cicatricielle. Il s'agit donc probablement d'une simple sensibilité cicatricielle, et il y a moins de tissu cicatriciel du côté où l'on se borne à libérer l'ovaire et le pavillon, celui-ci par exérèse, que du côté où l'on enlève ces organes.

L'avantage important, c'est la moindre mutilation de la femme.

Les malaises nerveux de la castration, souvent exagérés, ne peuvent entrer en parallèle avec les douleurs de la salpingite. Cependant ils sont réels, peuvent quelquefois être graves, et l'ablation unilatérale de l'ovaire et de la trompe en préserve.

La persistance des règles est peut-être aussi ou même plus utile à ce point de vue que la sécrétion interne de l'ovaire. En tout cas, cette persistance des règles est quelquefois un bonheur intense chez des femmes jeunes, qui ont un vif désir de créer une famille. Je voyais ces jours-ci une opérée pour double pyosalpinx aigu, toute heureuse de l'apparition de ses règles après l'opération qu'elle avait craint devoir être une plus grave mutilation pour elle.

Mais on pourrait craindre aussi la persistance des troubles menstruels, si fréquents dans la salpingo-ovarite. Peut-être contre-indiquent-ils la salpingostomie ? Nos malades ont été assez bien réglées pour que nous n'ayons rien à regretter à ce point de vue.

Quant à la grossesse, dont on laisse l'espoir, est-elle possible ? A-t-elle été observée ? Pas par nous jusqu'ici, mais nos cas sont peu nombreux, relativement récents et peu favorables à la grossesse.

Mais on trouvera dans la thèse de Jarsaillon de ces cas probants, parce que la grossesse est survenue chez des malades chez qui on avait fait l'ablation des annexes d'un côté et la salpingostomie pour obstruction tubaire de l'autre côté : le

pavillon artificiellement créé a donc normalement fonctionné. Citons les cas de Skutsh, de Gersuny, de Mackenrodt, de A. Martin, de Legueu, de Delbet. Ils se comptent encore. On peut conclure cependant que l'espoir laissé n'est pas absolument illusoire.

Les notions d'anatomie pathologique que nous possédons viennent élucider cette question de la possibilité de la grossesse. On sait, d'après les recherches de Raymond, la rareté extrême de l'occlusion de l'ostium uterinum, même dans les lésions suppurées. Riès a fait des coupes en séries sur des moignons de trompe amputée près de la corne utérine. A sa grande surprise, il a trouvé des trompes perméables, avec un épithélium normal. Mais le fait n'est pas constant et Gottschalk a constaté l'oblitération du canal tubaire au niveau de la ligature et la persistance de la perméabilité sur le reste du trajet de la trompe. Toujours est-il que des lésions même importantes de la trompe n'amènent son oblitération définitive qu'au niveau du pavillon, condition favorable à la possibilité de la grossesse après la salpingostomie.

Souvent, après une salpingite unilatérale post-abortive, il faut attendre trois ans pour observer une nouvelle grossesse. La notion de ce fait d'observation est même répandue dans le public, et elle m'a permis d'assigner ce délai à l'impatience de malades, dont l'espoir n'a pas été déçu. Ce fait prouve qu'il faut un certain temps pour que les lésions tubaires se réparent. Quant au retour de la perméabilité d'un pavillon bien fermé, je n'y crois pas, à voir la constance de la stérilité indéfinie dans la double salpingite. Nous avons, au congrès de chirurgie de Lyon de 1894, publié 14 cas de grossesse chez des femmes antérieurement opérées pour salpingo-ovarite. Mais nous avons toujours admis que chez elles la lésion avait été unilatérale, et nous ne connaissons pas de fait établissant le retour de la perméabilité d'un pavillon complètement fermé. Il y a donc lieu, à ce point de vue spécial de la grossesse, de faire la salpingostomie.

La crainte de voir survenir une grossesse extra-utérine à la

suite de la salpingostomie vient naturellement à l'esprit et a été exprimée par plusieurs auteurs. Mais jusqu'ici aucune observation n'est venue confirmer la légitimité de cette appréhension. Actuellement les cas de salpingostomie sont assez nombreux pour qu'un fait isolé de grossesse ectopique qui surviendrait dût être, pour le moment du moins, considéré comme une exception et non comme un fait condamnant la salpingostomie.

Le désir formellement exprimé de guérir de la stérilité pourra être une indication légitime de la salpingostomie, quand la stérilité devra être attribuée à une obstruction des deux pavillons. La rareté des cas de grossesse post-opératoire suffira pour ne pas donner une importance abusive à cette indication.

REVUE CLINIQUE

HÉMORRHAGIES

PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Dans la *Revue mensuelle de Gynécologie, Obst. et Pæd.* (Bordeaux), le Dr Fieux vient de rapporter un cas typique d'hémorrhagie rétro-placentaire, survenu au début du huitième mois de la grossesse. Comme il s'agit d'une complication aussi redoutable que rare, qu'il importe que tout praticien ait bien présents à l'esprit ses traits cliniques essentiels par la raison que, la plupart du temps, la vie de la femme dépendra de l'exactitude et de la rapidité de son diagnostic, en même temps que de sa décision dans la seule thérapeutique à employer, il nous a paru utile de résumer ce cas.

Obs. — 35 ans, IIIpare. 2 grossesses antérieures terminées par 2 accouchements à terme ; les enfants succombent au cours du travail. Grossesse actuelle : entrée de la femme à l'hôpital, le 5 août. Le Dr Fieux la voit à 11 heures, la femme est en état de syncope et présente les signes d'une hémorrhagie abondante : décoloration des tissus, peau et muqueuses ; respiration courte et rapide. P., 148 à la minute. Des organes génitaux s'écoule, à travers un tamponnement, un sang épais, spongieux, noirâtre. L'utérus remonte jusqu'au creux épigastrique et est d'une extrême dureté ; il est ligneux et *ligneux dans toute son étendue*. Pas de point douloureux, pas de zone de mollesse pâteuse. Palper impossible ; à l'auscultation rien que des battements rapides, synchrones avec le pouls maternel. Le tamponnement enlevé, le tou-

cher vaginal fournit les renseignements suivants : dans le vagin, caillots nombreux, mous et noirâtres. Au fond du vagin, le segment inférieur forme une calotte tendue et saillante, difficile à déprimer. Le col, très élevé et dévié à gauche, ne présente aucune modification du travail. L'orifice externe est perméable, mais l'orifice interne est complètement fermé et, entre les deux, le conduit cervical mesure de 30 à 35 millimètres. *Diagnostic :* hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré. L'examen des urines y révèle une forte proportion d'albumine, constatation bien en rapport avec le diagnostic. *Renseignements obtenus :* dernières règles du 18 au 20 décembre ; la grossesse est donc vers le huitième mois : elle a évolué d'une manière assez régulière pour que la femme n'ait pas eu à consulter, jusqu'au jour de l'accident, médecin ou sage-femme.

Devant l'état grave de la femme, le Dr Fieux se décide non pas à provoquer seulement l'accouchement, mais à le terminer aussi rapidement que possible : « Je fais placer la malade en position obstétricale et, pendant que l'on injecte sous la peau 500 grammes de sérum salé, je me mets en demeure d'attaquer le col. En trois minutes, j'arrive à franchir l'orifice interne, j'y passe deux doigts, je romps les membranes et j'introduis sans peine le grand modèle du ballon de Champetier. Pendant vingt minutes, je pratique la manœuvre qui consiste à vider, à tirer, puis à remplir de nouveau, etc. Mais, pendant ces vingt minutes, je ne gagne rien. Je rejette la ballon, espérant avec la main arriver plus vite à ouvrir l'utérus. J'introduis d'abord deux doigts, puis très rapidement trois et quatre, et enfin, au bout de huit à dix minutes, la main entière en fuseau a franchi l'orifice utérin. »

Fœtus en présentation du siège, mode des fesses ; abaissement et saisie du pied antérieur (procédé de Pinard(, et extraction un peu plus laborieuse pour la tête retenue un instant au niveau de l'orifice externe ; le fœtus extrait, sortie immédiate du placenta se présentant par sa face fœtale avec toutes ses membranes. Dans la coupe rétro-placentaire, énorme caillot noir de 300 grammes, et 200 grammes de sang poisseux ; une demi-heure après le début de l'intervention, l'utérus était entièrement vidé. Une hémorrhagie post-partum avait été tôt arrêtée par l'introduction de la main combinée avec une injection chaude.

Nouvelle injection de sérum, champagne, alcool. Suites de couches simples ; diminution de l'albumine. *Exeat* dix jours après l'accouchement, la femme étant parfaitement rétablie.

Placenta : Il pesait 380 grammes et était aplati en godet à son centre.

Dans l'analyse dont il accompagne cette observation, le Dr Fieux montre, en commentant les autres procédés thérapeutiques, la supériorité de la méthode qu'il a suivie et en particulier la supériorité de la dilatation manuelle sur la dilatation avec le ballon. Il a, en effet, obtenu en quelques minutes avec la main ce que l'emploi méthodique du ballon de Champetier n'avait, pour ainsi dire, pas commencé après vingt minutes. Or, dans ce cas comme dans les pareils, où la situation est très grave et où le salut de la femme est suspendu à des délais très courts, les minutes sont précieuses. Il faut aussi vite que possible vider l'utérus et, quand cette évacuation rapide par les voies naturelles paraît, pour une raison quelconque, rigidité, étroitesse des parties molles, sténose pelvienne considérable, etc., irréalisable, on peut être conduit à y procéder, après cœliotomie abdominale, par la césarienne. Autrefois, cette complication de la grossesse et de l'accouchement, grave surtout pendant la grossesse, parce que rien n'est alors préparé pour la seule thérapeutique efficace, l'évacuation de l'utérus, était mal connue des praticiens, et peu développée même dans les traités classiques. A l'heure actuelle, il n'en est pas de même. Et dans le tome III du *Traité de l'Art des Accouchements* de Tarnier et Budin, on en trouve l'étude très détaillée. M. le professeur Pinard s'est, d'autre part, très occupé de cette question si importante de la pratique, et dans ses *Etudes d'anatomie obstétricale et pathologique*, en collaboration avec Varnier, figure une très belle planche, illustration typique de cet accident. Sans vouloir insister autrement sur la bibliographie de la question, nous nous bornerons à signaler encore deux très bonnes thèses, inspirées par le professeur Pinard, et basées sur des matériaux cliniques de la Clinique Baudelocque, thèses de MM. Rousseau-Dumarcet (1892) et Marc Lehman (1898), où le lecteur trouvera tous les renseignements désirables.

R. Labusquière.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR LA

CURE DES FISTULES VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES PROFONDES

Par N. **Bardescu** (1).

L'auteur rappelle très brièvement les principales méthodes de traitement imaginées pour cette variété particulièrement compliquée de fistules uro-génitales : 1) la méthode de Jobert de Lamballe, *hystéro-cleisis vésical*, dans laquelle, la lèvre postérieure du col est avivée et suturée à la paroi vésico-vaginale. Méthode qui serait passible d'objections multiples : *a*) elle est inapplicable, par exemple, quand les lésions sont trop considérables, quand la lèvre postérieure est entièrement détruite ; *b*) les femmes sont condamnées à la stérilité ; *c*) l'abouchement de l'utérus dans la vessie, le mélange de leurs sécrétions respectives, peuvent devenir le point de départ d'accidents divers, vers l'uretère, le rein, l'utérus, les annexes, etc.

2) La méthode d'*utéro-plastie* de Freund. Ce chirurgien ouvre le Douglas, retourne l'utérus dans le vagin, de façon que la face postérieure de l'organe regarde vers la vessie et le fond en avant, puis suture à la paroi vésico-vaginale la paroi utérine postérieure préalablement avivée. Il établit ensuite, par la résection d'un fragment de issu utérin au niveau du fond de la matrice, un canal destiné à permettre l'écoulement menstruel. Les défauts de ce mode opératoire seraient : *a*) de n'être applicable que si le col est détruit et l'orifice

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 6, p, 170.

fermé. Quand il n'en est pas ainsi, il faut d'abord exciser le col puis oblitérer l'orifice. Ces conditions, indispensables, limitent par suite les indications de ce procédé opératoire.

3) La méthode suivie par Hégar, d'après la pratique américaine : avivement du moignon de la lèvre antérieure du col et suture. Mais on risque de blesser le péritoine, puis la réunion à une première tentative de deux tissus aussi différents que l'utérus et la paroi vésico-vaginale est bien aléatoire; enfin, il est des cas où la lèvre antérieure du col est tellement lésée qu'elle ne peut plus être avivée.

C'est précisément l'insuffisance de ces divers procédés pour la cure des fistules *vésico-utéro-vaginales profondes* qui a poussé certains chirurgiens à adopter la voie abdominale, pratique que l'auteur estime ne devoir être qu'exceptionnelle et réservée aux cas dans lesquels l'état particulier du vagin, une étroitesse excessive, par exemple, empêchent l'intervention à travers ce canal.

Il s'est donc appliqué à trouver un procédé de nature à parer aux difficultés diverses et nombreuses que présente le traitement de ces fistules profondes, et celui qu'il a conçu lui aurait donné, dans trois cas typiques, des résultats excellents. Le principe capital de ce procédé consiste en cela, que *la perte de substance de chaque organe est isolément réparée, sans troubler en rien leurs fonctions et leurs rapports.*

Ce procédé de l'auteur nous rappelle, au moins partiellement, celui qu'en particulier Walcher et Wölfler ont appliqué, plusieurs années auparavant, au traitement des fistules vésico-vaginales. Ils insistaient en effet, sur l'importance qu'il y a à séparer la vessie du vagin, à libérer les adhérences et à *suturer séparément ces deux organes.*

Procédé opératoire de l'auteur.

Indications générales. — Il est préférable de n'intervenir que les suites de couches complètement terminées, six à huit semaines, d'après Hégar, à une époque où les bords de la fistule sont débarrassés de tous produits de sphacèle et en état de se réunir. Plus tard, les bords sont couverts de cicatrices, moins vasculaires et peu mobilisables. Il faut également, quelque temps avant d'opérer, préparer soigneusement le champ opératoire. Lavages quotidiens avec des solutions boriquées; application de pommades à l'acide borique et au sous-nitrate de bismuth. Faire l'opération sous la narcose. Employer plutôt l'éther, qui permet une intervention plus longue et amène moins de dépression. Placer la malade dans la position dorso-sacrée avec les cuisses forte-

ment relevées, ce qui élève le bassin. Dans cette posture, les parois abdominales sont relâchées, la fistule plus accessible, et la paroi antérieure du vagin plus fortement tendue.

Technique opératoire. — Elle comprend quatre temps: 1) libération et traitement de l'utérus; 2) division de la paroi vésico-vaginale et oblitération de la solution de continuité de la vessie ; 3) ouverture du péritoine et colpo-cœliorrhaphie ; 4) réfection du vagin et vagino-fixation de l'utérus.

1) *Libération et traitement de l'utérus.* — Toutes les précautions antiseptiques étant prises, on refoule à l'aide du spéculum la paroi vaginale inférieure, et on libère le vagin de toutes les adhérences cicatricielles. On découvre la fistule et on la rend accessible. Existe-t-il une occlusion du vagin, on rend d'abord la fistule accessible par une incision uni ou bilatérale.

Le vagin est-il, au contraire, ouvert, le moignon du col est saisi et attiré aussi bas que possible. De chaque côté de la fistule, et sur les culs-de-sac latéraux, on incise la paroi vaginale sur le col, ainsi que le montre la figure 1, afin de libérer la face antérieure de l'utérus. A travers cette incision on décolle, avec les doigts ou avec les ciseaux, la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mieux vaut ne pas ouvrir le péritoine pour éviter la contamination de la cavité péritonéale par l'urine qui s'écoule incessamment. Mais cette ouverture ne peut pas toujours être évitée, lorsque par exemple la destruction du col est considérable et que de ce fait le repli péritonéal est descendu très bas. L'utérus décollé et préparé, on procède à la réparation de ses lésions. Les cavités utérine et cervicale sont nettoyées avec la curette tranchante et avec une solution boriquée à 3 p. 100. On avive ensuite les bords de la perte de substance utérine, on les rapproche et on les réunit par une suture interrompue au catgut, en ayant soin que les fils restent dans la couche musculaire, en dehors de la cavité utérine. En général, deux à trois sutures suffisent peur restaurer complètement le col.

Mais cette réfection du col n'est pas toujours possible. Quand les lésions sont trop considérables, mieux vaut exciser ce qui reste du col et traiter la plaie utérine comme une plaie quelconque d'amputation.

2) *Division de la paroi vésico-vaginale et oblitération de la solution de continuité de la vessie.* — A partir des incisions latérales du vagin, faites dans le premier temps de l'opération, on sépare avec les ciseaux ou le bistouri les bords vaginaux de la fistule des bords vésicaux sur une

étendue de deux à trois centim., de façon à donner à la paroi vésicale la mobilité désirable. Grâce à l'incision de la paroi vésico-vaginale et au décollement de la vessie de l'utérus, on peut ensuite amener la fistule jusqu'à la vulve et procéder avec facilité à l'oblitération.

Pour fermer la vesssie, on fait une suture au catgut à double étage : d'abord une suture en bourse, sous-muqueuse, au-dessous du bord de la muqueuse vésicale. Si l'on serre ce fil après avoir eu la précaution de relever les bords de la solution de continuité vers la cavité

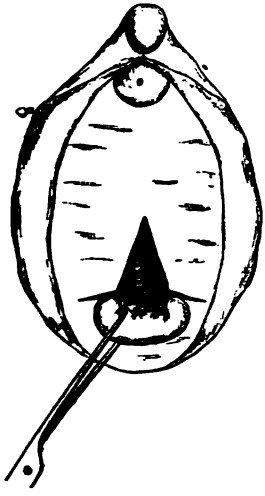


FIG. 1. — Perte de substance au niveau du vagin et de l'utérus. L'utérus est attiré en bas, on voit les 2 incisions latérales pratiquées sur le vagin.

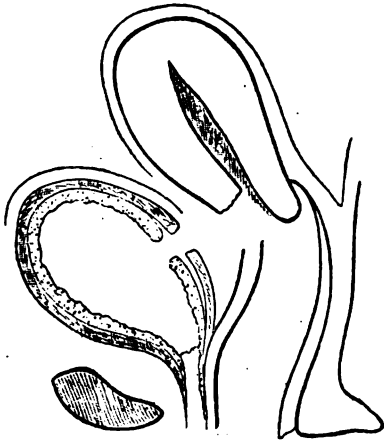


FIG. 2. — Division de la paroi vésico-vaginale et ouverture de la cavité péritonéale.

vésicale avec une sonde cannelée, on ferme la fistule. Dans certains cas, soit qu'on ne puisse amener la fistule assez près, soit que la déchirure soit trop profonde, on est forcé de modifier ce mode de suture. Dans un cas, par exemple, la moitié antérieure de la fistule fut traitée de cette façon, ce qui réduisit l'orifice à fermer, tandis que l'autre moitié fut oblitérée par une suture à points interrompus. Pour terminer la cystorrhaphie, on pratique au-dessus de cette suture sous muqueuse une deuxième suture musculo-musculeuse continue ou à points séparés. On s'assure ensuite, à l'aide d'une injection boriquée

que la suture est suffisamment solide et la fistule complètement fermée.

3) *Ouverture du péritoine et colpo-cœliorrhaphie.* — On ouvre ensuite le péritoine au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, par la brèche pratiquée en cette région ; puis, l'on saisit avec des pinces le feuillet péritonéal antérieur qu'on attire en bas pour le fixer à la paroi vaginale, par quelques sutures au catgut, au niveau du point le plus déclive de la division de la paroi vésico-vaginale (fig. 3). Il résulte de

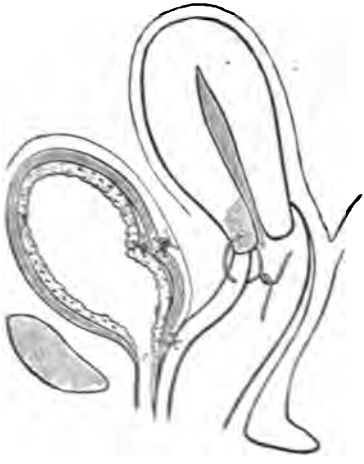


FIG. 3. — Application des sutures : suture vésicale à double étage, *a*) sous-muqueuse, *b*) musculeuse.
Lame péritonéale antérieure abaissée et fixée au vagin. La paroi du vagin est fixée au col restauré.

cette inclusion de la séreuse péritonéale une sorte de surface nouvelle qui renforce la suture vésicale et assure sa fixité.

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, le cul-de-sac péritonéal ayant été détruit à la suite de délabrements considérables ou ne pouvant être atteint, obligation sera de se passer de cette partie de l'opération.

4) *Réfixation du vagin et [illegible] de l'utérus.* — Tandis que l'utérus est encore fixé avec des pinces, on l'attire le plus possible de façon à rendre sa surface antérieure bien accessible. Puis, par deux sutures temporaires, on ferme la plaie vaginale. On procède alors à la vaginofixation de l'utérus, les fils étant conduits de gauche à droite et

intéressant successivement la lèvre gauche de l'incision vaginale, la partie inférieure de l'utérus et la lèvre droite. Au cas où ces fils ne fermeraient pas suffisamment l'incision du vagin, on appliquerait plusieurs plusieurs sutures vaginales intermédiaires. On traite de même les incisions latérales quand elles sont trop étendues ; on les

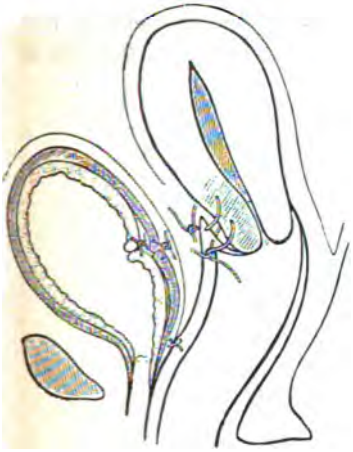


FIG. 4. — Disposition des fils pour la vagino-fixation de l'utérus et la restauration du cul-de-sac vaginal antérieur.

FIG. 5. — Aspect antérieur du champ opératoire, l'opération terminée. Suture de la plaie vaginale et fils réalisant la vagino-fixation de l'utérus.

diminue en suturant le vagin au col : il faut que l'incision vaginale soit entièrement fermée (fig. (4 et 5).

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE. — Dans la vessie, une sonde de Nélaton à demeure ; dans le vagin, tampon de gaze iodoformée. Deux fois par jour, irrigations vésicales à l'eau boriquée, en évitant tout excès de pression intra-vésicale pour ménager les sutures. Le cathéter vésical fonctionne-t-il insuffisamment, on le change. Tous les deux jours, renouveler le tamponnement du vagin Au lit, l'opérée garde le décubitus dorsal ou latéral, avec les jambes fléchies pour mettre la paroi abdominale dans le relâchement. Le cathéter est supprimé du sixième au neuvième jour, et remplacé par des cathétérismes quotidiens multiples ; la miction spontanée n'est autorisée que plus tard. Le dixième jour, enlèvement des sutures.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société anatomique (1).

Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche, par Pierre Wiart (p. 59). — Sujet féminin hydrocéphale, âgé de 6 mois environ, de l'amphithéâtre de Clamart. Après ouverture de l'abdomen, on peut voir l'utérus très fortement dévié à gauche, la corne de ce côté étant au contact de la paroi pelvienne et regardant en avant et à gauche vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire situé dans la fosse iliaque interne atteint presque, par son extrémité antérieure, l'orifice inguinal. La trompe et le ligament rond s'engagent dans cet orifice, et tous les deux sont attachés à sa partie inféro-externe par un court méso commun.

A droite, la trompe et l'ovaire ont leur situation normale.

A l'extérieur, rien de visible avant la dissection ; pas trace de tumeur. Lorsque la peau est enlevée, on constate, du côté gauche, un sac péritonéal du volume d'un petit pois environ, qui fait issue par l'orifice externe du canal inguinal. Ce sac contient la trompe qui y est ainsi disposée : elle est un peu bosselée, flexueuse, enroulée de dehors en dedans, formant presque un O complet, si bien que le pavillon, qui regarde en avant, vient presque au contact du segment de trompe qui sort immédiatement de l'orifice. L'organe est attaché au sac, sauf au niveau du pavillon, par un méso très court qui s'attache à la partie postérieure de ce sac.

Cette observation est à rapprocher de celle publiée par l'auteur en juillet 1897 ; mais elle en diffère par un point de détail très important, c'est l'adhérence de la trompe au sac.

Dans la première observation, la trompe était libre de toute adhérence, aussi bien au niveau de l'orifice inguinal interne que dans le sac. Dans le cas présent, au contraire, il y avait un méso qui attachait la trompe à la partie postérieure du sac.

Les hernies inguinales de la trompe passent pour être rares ; Schultz, dans sa thèse, n'a pu en réunir que 12 cas.

---

(1) Communications relatives à l'obstétrique et à la gynécologie faites à la Société en 1899.

M. Demoulin a opéré, cette année, un cas de hernie de la trompe, où y avait adhérence avec le sac; la traction pouvait amener l'ovaire au jour.

Fibro-myôme aborigène du ligament large, par M. V. Griffon (p. 79). — Femme de 32 ans, morte dans le service de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin.

La tumeur demeurée absolument latente, indépendante de l'utérus, des trompes et des ovaires, occupe la région externe du ligament large du côté droit, au point où ce repli vient se perdre sur la paroi pelvienne. Du volume d'un gros œuf de canard, elle est lourde et très facile à mobiliser dans le petit bassin. L'utérus, d'un volume plutôt petit, est fortement rétrofléchi; le corps fait avec le col un angle sensiblement droit, ouvert en arrière; le fond est tombé dans le cul-de-sac de Douglas et le fibrome est appuyé sur la face antérieure de ce fond utérin, qu'il maintient dans sa situation défectueuse.

Vaguement bosselée, la tumeur est tapissée par le péritoine dans la plus grande partie de sa surface; la séreuse peut glisser sur elle, grâce à la présence d'une couche de tissu cellulaire lâche qui l'entoure de toutes parts. Parsemée extérieurement d'arborisations veineuses, elle est reliée à l'ovaire par un méso allongé dont la direction continue, en partant de l'extrémité externe de l'ovaire, l'axe du ligament large lui-même, prolongé depuis l'ovaire jusqu'au bord interne du psoas; en ce point, bord du psoas, un nouveau méso péritonéal part du point opposé de la tumeur, qui se trouve ainsi comprise entre deux pédicules, l'externe étant d'ailleurs purement virtuel. Ce pédicule externe, qui ne devient bien apparent que lorsqu'on exerce une traction sur la tumeur, comprend dans son épaisseur le faisceau vasculaire utéro-ovarien droit, lequel tapisse la face postérieure du fibrome avant de venir se perdre dans la trompe et l'ovaire correspondants.

La dissection de ces vaisseaux utéro-ovariens, à partir du bord externe de la tumeur, point où ils prennent contact avec elle, montre combien leurs connexions sont intimes avec le tissu du fibrome. Au lieu de rester groupés en un faisceau unique, passant entre le péritoine et la tumeur, côtoyant simplement celle-ci, les vaisseaux utéro-ovariens s'appliquent fortement contre le fibrome, s'éparpillent à sa face postérieure et envoient des ramifications dans la profondeur ; la veine, volumineuse, se rend directement à l'ovaire, tandis que l'artère, primitivement accolée à la veine, s'en détache sur le fibrome pour

décrire une courbe à convexité supérieure et venir plus loin aboutir au hile de l'ovaire comme la veine satellite.

La tumeur est dure, ferme, lourde; à la coupe, on a l'aspect classique du fibro-myôme: surface criant sous le scalpel, d'un gris rosé, présentant des couches concentriques dans les portions périphériques, des tourbillons de fibres dans la partie centrale. La coupe montre encore que le fibrome est unique, et non formé par la réunion de plusieurs tumeurs, comme le portait à penser la légère lobulation de la surface.

L'uretère droit est, par comparaison avec celui du côté gauche, un peu distendu.

L'utérus présente un petit œuf de Naboth sur une des lèvres du museau de tanche. La muqueuse du corps et du col est peut-être un peu congestionnée, mais la paroi n'offre aucune trace de métrite parenchymateuse.

Du côté de la tumeur, l'ovaire paraît normal; la trompe est simplement congestionnée. En avant de la trompe, on trouve deux petits kystes pédiculés à parois minces, l'un gros comme un grain de mil, l'autre comme un gros pois.

Du côté gauche, l'ovaire et la trompe ne présentent de particulier qu'un kyste à contenu citrin, gros comme un pois, dans l'épaisseur du mésosalpinx, faisant saillie à la face antérieure de ce repli.

Le poids total de la pièce (utérus, ovaires, trompes et tumeur) est de 193 grammes.

La malade qui portait ce fibro-myôme latent avait été réglée à l'âge de 15 ans, et la menstruation était parfaite depuis cette époque. Elle eut trois enfants, bien portants, le dernier quatorze mois avant sa mort. Elle ne fit jamais de fausse couche.

Les corps fibreux nés et développés dans le ligament large, autochtones ou plutôt, suivant une expression qui me paraît moins impropre, aborigènes, s'observent très rarement.

On a d'abord soutenu qu'ils résultent simplement de la migration de corps fibreux de l'utérus, secondairement détachés et devenus libres dans l'épaisseur des replis péritonéaux. C'était l'opinion de Klob, de Kiwisch, de Virchow (1).

Mais, en compulsant les *Bulletins de la Société anatomique*, on trouve au moins deux cas avérés de fibromes qui ont bien pris leur origine dans le ligament large. Le premier est dû à Frémy (2) qui rencontra,

(1) VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*. Trad. franç., 1871, t. III, p. 412.
(2) FRÉMY. Corps fibreux des ligaments larges. *Bull. Soc. anat.*, 1868, p. 534.

à l'autopsie d'une femme de 50 ans, une masse de corps fibreux comprimant l'utérus, lequel se trouvait réduit à la moitié de son volume normal.

L'autre cas, publié par Boussi (1), est celui d'une femme de 85 ans, morte de ramollissement cérébral. La tumeur, grosse comme une tête d'enfant, adhérait par sa face antérieure à la paroi abdominale antérieure, et sa consistance était telle qu'on fut obligé de la scier. Le centre de ce gros fibrome était ramolli, dégénéré, et offrait l'aspect d'une bouillie, couleur café au lait.

D'autre part, Sänger (2), Freund ont opéré des fibromes du ligament large dont l'origine intra-ligamentaire ne semble pas pouvoir être mise en doute. Bilfinger (3), à propos d'un cas trouvé à l'autopsie d'une femme de 56 ans, fait le recensement des fibromes dont l'origine primitivement ligamentaire n'est pas sujette à caution, et n'en trouve que 13 cas dans la littérature médicale.

Enfin, plus récemment, Tédenat (4) a fait l'autopsie d'une femme de 48 ans qu'il avait opérée pour un gros myôme kystique du ligament large, contenant huit litres de liquide. Il a trouvé, en dehors de l'utérus qui était normal, une dizaine de corps fibreux inclus dans les ligaments larges et ayant certainement pris naissance sur place.

On peut se demander, dans tous ces cas, aux dépens de quel élément musculaire s'est développé le néoplasme. Dans l'observation actuelle, on est frappé immédiatement des connexions de la tumeur avec le faisceau vasculaire utéro-ovarien, connexions qui sont presque aussi intimes que dans un cas récent, un peu analogue, de Pilliet et Gosset (5), où le ligament rond venait se confondre avec un fibro-myôme développé dans sa partie inférieure. Ces rapports entre la tumeur et les vaisseaux utéro-ovariens portent, ici, à penser que l'origine du fibro-myôme pourrait bien être dans les fibres musculaires sous-péritonéales qui recouvrent ces vaisseaux et se mêlent aux éléments conjonctifs de leur gaine.

---

(1) Boussi. Tumeur fibreuse, volumineuse, adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, 1878, p. 368.

(2) Sänger. Ueber primäre dermoïde Geschwülste der Ligamenta lata. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd XVI, Heft 2, p. 258 et 1883, Bd XXI, p. 179.

(3) Bilfinger. *Ein Beitrag zur Kenntniss der primären dermoïden Geschwülste in den beiden Mutterbändern.* Dissert. inaug. Würzbourg, 1887.

(4) In Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 3e édit., 1897, p. 887.

(5) Pilliet et Gosset. Fibro-myôme du ligament rond. *Bull. Soc. anat.*, 1897, p. 775.

Laminaire engagée dans l'urèthre et la vessie d'une jeune femme et retirée par la taille uréthrale, par H. Moreestin (p. 130). — Une toute jeune femme de 16 ans, mulâtresse de la Martinique, à la suite d'un accouchement excessivement laborieux qui s'était terminé, après d'inutiles applications de forceps, par une embryotomie, avait eu des escarres vaginales fort étendues. A la chute de celles-ci il se forma une fistule vésico-vaginale, en même temps que le vagin lui-même s'oblitérait presque complètement par les formations cicatricielles. Les dimensions de ce conduit étaient si réduites que le petit doigt n'y pouvait pénétrer, et qu'à peine pouvait-on y introduire le bout d'une sonde ordinaire de femme.

Les adhérences s'étendaient jusqu'à la vulve, dont elles modifiaient beaucoup l'aspect. Cette femme avait été admise dans ces conditions à l'hospice Saint-Pierre, où le chef de service prescrivit, comme traitement préalable, des tentatives de dilatation lentement conduite, à l'aide de laminaires pour amorcer ce travail, qui devait être achevé à l'aide de bougies et des dilatateurs spéciaux. Mais l'élève chargé de ce soin se trompa d'orifice et plaça la tige dans l'urèthre, croyant la mettre dans le vagin rétréci. Il ne s'aperçut de son erreur que le lendemain, quand, voulant changer la tige, il réexamina sa malade. Le fil attaché à cette tige sortait bien par l'urèthre. Il essaya par des tractions sur ce fil d'amener à l'extérieur le corps étranger ; mais ce dernier s'était gonflé, avait quadruplé de volume. Le fil se brisa, ce qui mit un terme aux tentatives du pauvre garçon.

L'urine s'échappant par le vagin, la malade n'avait pas eu à souffrir de l'occlusion de son urèthre. La laminaire ayant augmenté de volume avec lenteur et graduellement, elle n'avait éprouvé qu'un peu de gène. J'étais alors en vacances à Saint-Pierre. Je fus appelé, le troisième jour, auprès de la malade dont l'état était assez sérieux.

Un corps étranger dans une vessie est toujours une source de grands dangers ; mais ces dangers sont encore plus pressants quand l'organe ne peut se distendre et que sa paroi entre en contact intime et permanent avec le corps étranger. En pareil cas les perforations sont fort à craindre avec toutes leurs conséquences funestes.

C'est précisément ce qui allait se produire ici et l'urine teintée de sang, qui s'écoulait par le vagin, indiquait que la muqueuse vésicale était déjà lésée par l'extrémité de la laminaire. Des épreintes douloureuses indiquaient les contractions vésicales. Enfin, il y avait un peu de fièvre,et il n'était pas douteux que la vessie était infectée. L'explo-

ration de l'urèthre permettait de sentir, avec la sonde, le bout de la tige à deux centimètres du méat. La laminaire ayant à peu près huit centimètres, il y avait donc six ou sept centimètres dans la cavité vésicale. Il était urgent d'extraire ce corps étranger. J'aurais pu le faire par la taille hypogastrique. Je pensai, cependant, qu'il valait mieux agir par le vagin. La vessie étant vide et ne pouvant être distendue, l'intervention par la voie sus-pubienne se présentait dans des conditions de simplicité moins grandes qu'à l'ordinaire. En outre, le corps étranger était resté engagé dans l'urèthre. D'autre part, il y avait une fistule vaginale et je pensais que peut-être on pourrait agir par cette fistule agrandie et qu'enfin il n'était pas déraisonnable de tenter par la même occasion quelque chose contre la fistule et contre le rétrécissement du vagin. Une action directe contre ce rétrécissement devait même être le premier temps de toute intervention par la voie vaginale, car, je l'ai dit, le vagin n'existait plus que d'une façon pour ainsi dire virtuelle, étant oblitéré jusqu'à la vulve. Comme opération préliminaire, j'eus donc recours au débridement bilatéral de la vulve et du vagin, selon a méthode que conseillait, il y a quelques années, mon maître et ami M. Chaput. J'eus la satisfaction d'obtenir ainsi très rapidement un jour considérable. Je pus alors sentir aisément l'extrémité de la tige de laminaire distendant et faisant bomber la partie supérieure de l'urèthre. J'incisai sur cette saillie; la tige, mise à nu, fut saisie avec une pince de Museux, et son extraction se fit alors sans difficulté. Cette plaie de l'urèthre fut immédiatement fermée par quatre points de suture. Je tentai aussi la cure de la perforation vésico-vaginale.

Elle était fort large, et le bout du doigt y pénétrait facilement. Après avivement, elle fut fermée par huit points de suture. Les suites furent très simples. La malade n'eut plus de fièvre et ses douleurs cessèrent immédiatement. La plaie de la taille uréthrale réunit complètement par première intention. Pour la communication vésico-vaginale on ne pouvait compter sur une réunion aussi parfaite, et de ce côté il persiste encore une fistulette, qui nécessitera ultérieurement quelques soins complémentaires. Aussi bien, ce dernier point est d'un intérêt médiocre, et ce qui méritait d'attirer l'attention de la Société, c'était, je crois, le corps étranger que je mets sous ses yeux.

Ligature des artères de l'utérus dans le cancer de cet organe, par M. Robert Lœwy (p. 134). — Femme opérée, le 19 août 1898, par M. Morestin, qui pratiqua la ligature des artères utérines et utéro-ovariennes pour cancer utérin.

Les suites opératoires ont été parfaites, mais le résultat de l'intervention a été nul ; en particulier les hémorragies n'ont diminué ni de fréquence ni d'intensité. La malade, cachectique, est morte d'urémie par compression de l'uretère, le 15 janvier 1899. L'autopsie a montré que le cancer avait envahi tous les organes du petit bassin, adhérents entre eux, infiltrés et englobés par des masses cancéreuses. L'étude de la perméabilité des artères utérines par des injections dans la fémorale a montré que leur oblitération était parfaite.

De cette observation et de l'étude de celles qui ont été publiées, M. Lœwy conclut que la ligature des artères utérines est une opération palliative à rejeter dans la très grande majorité des cas. Lorsque le cancer est au début, il y a tout avantage à tenter l'hystérectomie, et si cette opération est impossible, mieux vaut pratiquer des évidements et cautérisations du col pour lutter contre le symptôme hémorrhagie, que de tenter cette ligature des artères utérines.

M. Moreestin. — Dans le cas que vient de relater M. Lœwy, j'ai pu, en suivant la technique indiquée par Hartmann et Fredet, faire très aisément et très vite la ligature des artères utérines au voisinage de leur origine.

Depuis, j'ai répété deux fois cette opération, toujours pour des cancers utérins dont l'extirpation était impossible. Ces deux dernières interventions ont été plus laborieuses, les cas étaient moins favorables.

Chez une de ces malades, il y avait des fibromes utérins qui encombraient le petit bassin, et chez l'autre des adhérences pelviennes, reliquat d'anciennes salpingites, qui rendaient les manœuvres assez difficiles. J'ai pu néanmoins placer en bon lieu les ligatures.

Ces deux femmes sont encore vivantes six mois après ces opérations palliatives. Mais ici encore le résultat a été précaire, et je n'ose pas dire qu'elles aient tiré un bénéfice de l'intervention subie par elles. Après une amélioration de courte durée, elles ont été reprises d'hémorrhagies et de douleurs. A vrai dire, en faisant ces tentatives, je n'avais pas grande illusion sur leurs résultats ; mais il faut toujours essayer d'améliorer le sort si misérable des femmes qui nous arrivent dans cette lamentable situation.

Fibro-myôme utérin calcifié ; pierre utérine, par Henri Bernard (p. 198). — Femme de 67 ans, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de cancer utérin : le toucher, qui faisait percevoir les végétations vaginales, le palper qui montrait un gros utérus débordant d'un travers de main la symphyse pubienne, l'état cachectique de la malade parais-

saient confirmer le diagnostic. Quelques jours après son entrée, la malade fait brusquement par le vagin, sans aucun prodrome, une débâcle purulente constituée par un demi-litre environ d'un pus extrêmement fétide. Une heure après cette débâcle, qui n'avait causé à la malade aucune douleur, elle tombe dans le collapsus, et meurt.

L'utérus est hypertrophié, long de 15 centimètres, aussi large que long. Ses parois, très épaissies (elles ont plus de 5 centimètres en certains points), sont farcies de fibro-myômes plus ou moins volumineux, les uns gros comme une noisette, d'autres atteignant le volume d'un œuf de poule ; les uns, ce sont les plus petits, sont sous-muqueux, d'autres interstitiels, quelques-uns sous-péritonéaux : aucun n'est pédiculé.

Dans la portion de la paroi utérine qui constitue le fond de l'organe, on sentait une masse très dure : une incision amena sur cette masse, véritable pierre qui s'énuclée presque spontanément, pressée entre les parois de la loge qui la contenait, comme un noyau de cerise entre deux doigts. Cette pierre, irrégulièrement ovalaire, du volume d'un œuf de poule, mesure 5 cent. 1/2 de longueur sur 4 cent. 1/2 d'épaisseur. Dans son ensemble, elle rappelle absolument par sa forme celle d'un fibro-myôme sorti de sa capsule : sa surface, irrégulière, est parsemée de bosselures. Elle était enveloppée dans une coque de tissu fibreux, épaisse de 1 à 2 millimètres suivant les points, et qui lui adhérait, à la façon dont le périoste adhère à l'os. Sa dureté est très grande : il est impossible de la scier.

La loge qui contenait cette pierre est de même forme qu'elle : du côté de la cavité utérine, la paroi de cette loge est épaisse de 2 à 3 millimètres : une même épaisseur séparait la pierre du péritoine. Il s'agit donc d'un fibro-myôme interstitiel qui a subi la transformation calcaire.

Un des autres fibromes de ce même utérus nous présente un type de dégénérescence kystique : situé sur la partie latérale de la paroi postérieure, sous-péritonéal, du volume d'une grosse mandarine, il schématise pour ainsi dire les différentes étapes de la transformation kystique d'un fibrome. Son tiers interne est constitué par un noyau fibromateux qui a perdu sa consistance spéciale et sa couleur blanc nacré ; c'est un fibro-myôme mou; son tiers externe est déjà parvenu à un degré évolutif plus avancé : on y voit trois noyaux fibromateux ; dans chacun d'eux, la portion périphérique est transformée en substance muqueuse, absolument comparable à de la gélatine.

Enfin le centre du fibrome est transformé en cavité kystique, traversée par des cloisons fibreuses, vestiges du stroma primitif : ces cloisons divisent la cavité en géodes dont l'une est remplie par une substance gélatineuse semi-liquide.

La cavité utérine, volumineuse comme l'utérus lui-même, a sa surface tomenteuse comme la paroi d'un abcès, parsemée de saillies qu'à la coupe on reconnaît pour de petits fibromes soulevant la muqueuse. Cet aspect tomenteux se continue jusque sur le tiers supérieur du vagin, qui est tapissé de véritables végétations, se continuant à travers le col entr'ouvert avec celles de l'utérus. En somme, nous voyons là les parois d'un véritable abcès constitué par la cavité utérine et la partie supérieure de la cavité vaginale.

En arrière, l'utérus dans sa moitié inférieure était inclus dans une véritable gangue de périmétrite : adhérences circonscrivant des loges remplies de pus.

Tumeur kystique de l'ovaire avec généralisation, par M. Cornil (p. 351). — Énorme tumeur ovarienne, enlevée d'un ventre dont le péritoine était parsemé de végétations. La tumeur est creusée de cavités kystiques dans lesquelles on peut voir des végétations.

Au microscope, ces cavités apparaissent remplies de mucus et de cellules tombées de la paroi, laquelle est recouverte de végétations tapissées d'un épithélium cylindrique.

Ces épithéliomes malins, généralisés, ne diffèrent pas, histologiquement, des kystes ovariques communs.

Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution, par M. Buffnoir (p. 376). — Grossesse extra-utérine que l'on pouvait penser appartenir à une grossesse de trois mois, d'après l'évolution clinique. Or, la laparotomie a montré, au milieu d'une hématocèle péri-utérine, que l'œuf contenu dans la trompe avait depuis quelque temps cessé de vivre, et qu'il comporte tout au plus un âge de trois à quatre semaines.

Epithéliome de la vulve, point de départ d'accidents phlegmoneux graves, par M. H. Morestin (p. 399). — La surface ulcérée d'un cancer peut être la porte d'entrée d'une infection secondaire plus ou moins redoutable. Les complications qui en résultent sont généralement des abcès de voisinage, qu'on observe surtout dans les cancers du rectum et de l'anus, ou des adénopathies aiguës, qui ont été bien étudiées pour les cancers de la langue et du pharynx.

Toutefois les accidents purement inflammatoires envahissent des

tissus encore parfaitement sains au voisinage d'un néoplasme, et, présentant un caractère très aigu, sont d'observation peu commune. Dans le cas suivant, un phlegmon à marche rapide et grave a eu pour point de départ un minuscule épithéliome dont l'existence n'a pu être affirmée d'une façon absolument précise qu'après guérison des accidents inflammatoires.

Mme Laure H..., 60 ans, a été prise, le 20 février de cette année, de douleurs assez vives dans la grande lèvre droite, en même temps qu'elle y constatait un léger gonflement. Celui-ci s'étendit rapidement, gagna en deux jours toute la région pubienne, la région inguinale et la partie inférieure de la paroi abdominale, tandis que les douleurs gardaient leur intensité et que la température se maintenait entre 38° et 39°. Quand je vis cette malade, le 24 février, la grande lèvre droite était énormément tuméfiée, ainsi que la région pubienne et la partie inférieure de la paroi abdominale. Les téguments présentaient une teinte générale d'un rouge vif, disparaissant graduellement aux limites de la tuméfaction. Ils étaient mortifiés en deux on trois points, dans l'endroit où le gonflement était à son maximum, c'est-à-dire à peu près à la hauteur de l'épine pubienne. Ces zones mortifiées, grandes comme des pièces de cinquante centimes, étaient déjà séparées des parties voisines, et du pus s'écoulait, filtrant dans le sillon d'élimination des eschares.

La douleur était extrêmement vive à la pression. Il n'y avait pas de doute sur la nature de l'affection. C'était là un phlegmon ayant tendance à la diffusion.

Cherchant le point de départ de ce phlegmon, je trouvai à la face interne de la grande lèvre droite une petite ulcération un peu plus grande que l'ongle du petit doigt. Je jugeai que ce devait être là la porte d'entrée, attendu que nulle part ailleurs on ne découvrait aucune autre solution de continuité des téguments ayant pu donner naissance à cette infection du tissu cellulaire. Mais quelle était cette ulcération? Son fond mamelonné, son bord irrégulier et inégalement creusé, l'âge de cette femme, firent penser à un petit cancroïde, mais l'ulcération reposait sur une base œdémateuse et enflammée qui ne permettait pas d'en affirmer la nature véritable, et il n'était pas possible d'affirmer pour le moment ce diagnostic. D'ailleurs, les accidents phlegmoneux primaient tout par leur gravité. Ils présentaient en effet un caractère inquiétant, par leur marche très aiguë et l'altération de l'état général.

J'avais été si frappé par cette allure grave, que je fis à plusieurs reprises, ce jour-là et les jours suivants, analyser l'urine pour voir si elle ne contenait ni albumine, ni sucre, les affections inflammatoires présentant volontiers, comme l'on sait, une marche particulièrement alarmante chez les albuminuriques et les glycosuriques.

Cet examen a été constamment négatif. Je pratiquai immédiatement une incision considérable, allant depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie postérieure de la grande lèvre, et une autre transversale prépubienne. Ces incisions donnent issue à du pus collecté çà et là et à de longs écheveaux de tissu cellulaire mortifié. On fit alors de la pulvérisation phéniquée et des pansements humides. Peu à peu, la malade élimina tout le tissu cellulaire de la région pubienne et de la partie inférieure de la paroi abdominale. Au bout d'une dizaine de jours, la plaie s'était détergée. Mais la séparation s'effectuant avec lenteur, bien que pansée avec soin, la plaie eut très belle apparence, la cicatrisation ne fut complète que vers le milieu d'avril. La grande lèvre est restée assez longtemps empâtée, œdémateuse, puis elle a diminué lentement, s'est assouplie et est revenue graduellement à des dimensions presque normales. Pendant que s'effectuait ce dégonflement, l'ulcération de la grande lèvre se dégageait chaque jour d'une manière plus nette. On put alors reconnaître qu'elle reposait sur une base indurée, d'abord confondue avec la tuméfaction générale, que cette plaque dure, superficielle, occupant la face interne de la grande lèvre et la partie avoisinante de la commissure, était indépendante des tissus plus profonds. Sa consistance était très ferme, sa coloration légèrement violacée. L'ulcération n'occupait pas toute l'étendue de cette plaque, grande à peu près comme une pièce de un franc. Elle en représentait le tiers. Cette ulcération était peu profonde, à bords irréguliers, à fond légèrement mamelonné. Les ganglions inguinaux étaient sains en apparence, et par ailleurs, il n'y avait rien à noter.

Je pensai qu'il s'agissait bien réellement d'un épithéliome, véritable cancroïde superficiel, ayant pris naissance aux dépens du corps muqueux de Malpighi.

Parfois ces épithéliomes, comme ceux de la bouche, sont consécutifs à des leucokératoses. Mais ici on ne découvrait rien d'anormal ni du côté de la vulve, ni du côté du vagin.

Le 21 avril, j'ai fait l'ablation large de la plaque indurée.

Les deux tiers postérieurs de la face interne de la grande lèvre, la partie voisine de la commissure vulvaire, ont été enlevés au moyen de

deux incisions courbes à concavité interne, se rencontrant par leurs extrémités, de manière à figurer dans leur ensemble les bords d'un croissant dont la plaie représenterait la tranche à enlever. Les deux bords de la plaie ont été sans difficulté réunis par des crins.

Verneuil attirait souvent l'attention de ses élèves sur la gravité des opérations dans les régions qui avaient été le siège d'inflammations récentes. Il y a là une idée défendable et l'événement peut donner raison à cette doctrine. Dans le cas particulier, il n'en a pas été ainsi ; les suites ont été aussi simples que s'il n'y avait eu aucune inflammation antérieure. Les fils ont été enlevés le 28, la réunion était parfaite, et la malade put se lever le jour même.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé.

M. Cornil a remarqué que ces épithéliomes de la grande lèvre sont toujours tubulés et très superficiels, ne pénétrant pas sous la peau ; ils peuvent même, lorsqu'ils sont larges et étendus, se cicatriser en certains points.

Cancer de la vulve ; récidive après 6 ans et demi, par Mme Pilliet (p. 403). — Mme R..., 66 ans, a été opérée par moi, en 1892, le 27 octobre, d'une tumeur vulvaire située à l'union de la petite et de la grande lèvre, à droite de la fourchette ; cette tumeur était d'aspect verruqueux ; la partie saillante, à large pédicule, avait le volume d'une petite noisette ; la base, de la largeur d'une pièce de 20 sous, était indurée. Pas de ganglions inguinaux. Anesthésie à la cocaïne et ablation large au bistouri. Guérison rapide.

L'examen de la tumeur, fait par Pilliet, montra qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé.

En 1896, la malade revint, se plaignant de quelques sensations douloureuses au lieu de la cicatrice ; celle-ci, à peine perceptible, n'est pas dure ; aucune saillie.

En 1899, 18 avril, elle vient à la consultation ; la petite lèvre est envahie dans les 2/3 postérieurs, la commissure est libre, mais une petite saillie dure est appréciable sur la lèvre gauche, au point homologue ; la tumeur est mamelonnée, dure, assez nettement limitée, un peu saignante. On sent que l'induration est assez profonde.

Le vagin est sain ; il en est de même du clitoris et du méat qui ne sont aucunement envahis.

La recherche des ganglions est rendue difficile par la présence dans

les lèvres de deux volumineuses hernies, facilement réductibles d'ailleurs. Ni dans le pli inguinal, ni dans le triangle de Scarpa, nous ne trouvons de ganglions appréciables.

Le 23 avril, sous anesthésie chloroformique, ablation au bistouri et aux ciseaux de la tumeur, dont les limites sont largement dépassées en largeur et en profondeur, et, en même temps, ablation du petit foyer de la lèvre gauche, qui n'était séparé de la tumeur droite que par un pont d'un centimètre de tissu qui paraît sain, est enlevé dans le même lambeau.

Kyste dermoïde de la grande lèvre droite, par M. Souligoux, chirurgien des hôpitaux (p. 273). — Femme de 42 ans ; elle présentait, à la partie inférieure de la grande lèvre droite, une tumeur du volume d'une mandarine, dont l'origine datait de 15 ans. De consistance uniformément molle, non fluctuante, indolente, cette grosseur avait évolué peu à peu. Une ponction à la seringue Pravaz resta blanche, mais en lavant la canule on constata qu'une matière grisâtre était contenue dedans. Je fis l'ablation de cette tumeur. Elle était partout indépendante de la peau ; son contenu était formé d'une masse grisâtre, molle, analogue au contenu d'un kyste dermoïde.

Fibrome de la grande lèvre, par Souligoux, chirurgien des hôpitaux (p. 274). — Tumeur de la grande lèvre droite, à la partie inférieure de laquelle elle siège. Le début remonte à six ans. Jamais la malade, âgée de 32 ans, n'a éprouvé la moindre douleur et c'est à cause de la gêne fonctionnelle qu'elle occasionne que l'intervention est demandée. Cette tumeur, lobulée, divisée en deux par un raphé au point qu'on dirait un scrotum, est molle, non fluctuante et constituée de plusieurs petites masses séparées par du tissu plus dur. En présence de son évolution et des signes cliniques, je porte le diagnostic de fibrolipome. L'énucléation en fut facile, la réunion eut lieu en 8 jours ; 10 jours après l'intervention, la malade quittait l'hôpital.

Examen histologique, pratiqué par M. R. Marie. — C'est une tumeur atteignant, comme volume, environ la moitié du poing, de forme assez égulièrement sphérique, sans bosselures. La peau la recouvre entièrement, elle est amincie à son niveau, mais sans adhérences ; on peut la faire glisser facilement au-dessus du néoplasme. Cette tumeur est très molle, presque fluctuante ; les doigts la dépriment facilement, et elle reprend sa forme première aussitôt que l'on cesse la pression.

A l'incision, on trouve un tissu qui fait saillie sur la surface de section et qui tend à s'énucléer. C'est un tissu blanc homogène, sans suffusion sanguine. A un examen attentif, on voit qu'il est formé de faisceaux de fibrilles s'entrecroisant les unes avec les autres, mais ayant une direction générale concentrique et parallèle à la surface extérieure.

Les fragments prélevés pour l'examen microscopique, durcis dans l'alcool, ont notablement diminué de volume, après un séjour de 24 heures dans ce liquide. Les surfaces de section se sont déprimées.

L'examen microscopique nous montre un tissu composé de nombreuses cellules, d'une substance intermédiaire fibrillaire et de vaisseaux. Les cellules sont des éléments allongés, à direction parallèle à celle des fibrilles de la substance intermédiaire. Le protoplasma est peu abondant ; le noyau, par contre, est assez volumineux, ovalaire, allongé, avec un ou deux nucléoles. En somme, il s'agit de cellules ayant tous les caractères des cellules fixes du tissu conjonctif. Nous n'avons pas trouvé d'éléments géants, ni de cellules en voie de karyokinèse.

La substance intermédiaire à ces cellules, ou substance fondamentale, est plus ou moins abondante suivant les points, mais elle existe partout. Elle est formée soit de faisceaux conjonctifs ondulés, relativement denses, soit, beaucoup plus souvent, de fibrilles très fines, très lâches, entrecroisées et limitant des espaces clairs occupés par du plasma interstitiel.

Les vaisseaux que l'on rencontre dans cette tumeur sont assez nombreux, mais contiennent peu ou pas de sang. Tous présentent une paroi propre, plus ou moins épaisse, selon le calibre du vaisseau considéré. Cette paroi se détache nettement de la substance intermédiaire fondamentale; elle est formée de tissu conjonctif plus dense que celui de cette dernière.

En résumé, la présence de cellules fixes du tissu conjonctif, d'une substance fondamentale fibrillaire et de vaisseaux à paroi propre permet de poser le diagnostic de *fibrome*. Les caractères qui distinguent ces fibromes des autres tumeurs de même nature sont : 1° la mollesse, occasionnée par la présence d'une certaine quantité de plasma dans la substance fondamentale; 2° la richesse en éléments cellulaires. Cette richesse est telle en certains points que l'on pourrait discuter le diagnostic de sarcome ou de fibro-sarcome. Cette

interprétation doit être rejetée, car en aucun point les vaisseaux n'ont le caractère de vaisseaux embryonnaires, creusés à vif dans la tumeur.

Fausse couche au cours d'une sclérodermie ; atrophie et dégénérescence scléreuse placentaire ; mort du fœtus ; lésions dégénératives de ses organes, par E. Lenoble, ancien interne des hôpitaux de Paris (p. 214). — Clotilde A..., âgée de 39 ans, mécanicienne. Enceinte de sept mois (16 juillet 1897), elle a cessé de percevoir les mouvements du fœtus depuis cinq jours. Elle en est à sa troisième grossesse : la *première fois* elle a accouche spontanément et à terme. La *deuxième fois* elle a fait une fausse couche de deux mois et demi, sans aucune raison particulière. Les dernières règles ont apparu du 18 décembre 1896 au 22 ; elle a senti remuer la première fois le 25 avril. Cette grossesse a évolué normalement jusqu'au 8 juillet : ni vomissements, ni céphalalgie. Enfin le 8 juillet 1897, à la suite d'une crise diarrhéique, les mouvements du fœtus s'arrêtèrent et n'ont pas reparu depuis. Le mari n'a jamais eu de maladie spécifique.

Examen obstétrical. — *Au palper*, la sensation des parties fœtales est moins nette que normalement. On perçoit cependant un plan plus résistant à droite, du ballottement céphalique dans l'hypochondre droit et un pôle fœtal irrégulier et de consistance inégale à la partie inférieure du ventre. L'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, est toujours demeurée négative.

Examen du sujet. — A première vue, on est frappé par la teinte bronzée généralisée et diffuse de la face, qui est parsemée çà et là de points blanchâtres, surtout nombreux au niveau du menton et du front. On retrouve cette pigmentation au niveau des mains et l'on constate de plus que les membres supérieurs sont atrophiés. — Elle est l'aînée de cinq enfants tous bien portants (?). Elle a marché à 14 mois, toujours bien. La première enfance n'a rien présenté de particulier. Elle a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Elle serait sujette aux angines et tousserait facilement, mais elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle n'a pas eu la syphilis, jamais de troubles nerveux, jamais de céphalalgie, ni de rhumatismes.

Le début de la maladie actuelle remonte à l'âge de 33 ans ; au mois d'août 1891, sans douleur, sans fièvre, apparut une bouffissure de la face, caractérisée par un œdème de la peau siégeant surtout au niveau du front et des joues, n'amenant aucun changement de coloration et n'entraînant pas de gêne de la mastication ou de la parole. Ce gonfle-

ment était en général plus apparent le matin et disparaissait le soir ; à certains jours il ne se reproduisait pas. Il s'accompagnait d'un prurit intense en arrière des oreilles. En même temps, ses bras devenaient d'une sensibilité extrême à la douleur et la moindre piqûre, le moindre heurt, étaient intolérables. Pendant l'hiver de cette même année (1891-92), les mains devinrent très sensibles au froid et la malade redoutait beaucoup de les tremper dans l'eau froide ; elle avait facilement l'onglée. Les oreilles étaient également d'une sensibilité extrême aux basses températures. Cependant la force musculaire était conservée et elle pouvait vaquer aux soins de son ménage. Pendant l'été de 1892, elle se porte mieux ; mais, l'hiver de cette année 1892-93, apparurent du côté de la face d'abord et des mains ensuite, *des plaques rouges* qui s'accompagnèrent de *surélévation* et d'*induration* de la peau, en même temps qu'il y avait une légère élévation locale de température. Elle vint à la consultation de la Pitié, où M. Thibierge posa le diagnostic d'érysipèle, en faisant toutefois des réserves. Et, en effet, peu à peu ces plaques disparurent pour faire place à une *pigmentation brunâtre* que la malade remarqua bien, car, dit-elle, « *elle devenait grise* ».

La première grossesse remonte à la fin de l'année 1893 : à cette époque elle s'aperçut que ses forces l'abandonnaient et qu'elle avait de la peine à faire son ménage. Enfin peu à peu s'installèrent des rétractions musculaires qui lui rendaient presque impossibles les mouvements des membres inférieurs. Ces rétractions, qui persistent encore, sont les suivantes : les avant-bras sont fléchis sur les bras, les doigts sont en flexion et il est impossible de les étendre complètement. Du côté des membres inférieurs, les adducteurs sont rétractés et il est impossible d'écarter les cuisses. Pour s'asseoir sur son lit, la malade est obligée de se hisser en exécutant un mouvement de vrille. Elle vient de nouveau consulter M. Thibierge, qui, en présence de la rougeur diffuse de la face et des mains accompagnée de desquamation, hésita entre un lupus érythémateux généralisé, accompagné de rétractions musculaires, et la sclérodermie, qu'il considérait comme plus probable. Le sujet ayant passé cinq ans en Russie (deux ans en Pologne, à Varsovie ; trois ans au Caucase, à Tiflis), on pouvait penser également la lèpre.

L'*état actuel* est le suivant : au niveau de la face, la peau présente une pigmentation brunâtre généralisée ; d'intensité inégale, elle est plus foncée au niveau du front et des joues. Cette pigmentation n'est pas uniforme et présente çà et là des points blanchâtres où le pigment

fait défaut et qui font tache sur la coloration générale. Ces taches sont du volume d'une lentille environ sur le front et le menton. Mais au-dessous du maxillaire inférieur la pigmentation disparaît complètement pour faire place à une achromie complète. Sur le cou, derrière les oreilles, la pigmentation est encore très intense, bien que, dans le sillon auriculo temporal même, la pigmentation disparaisse. Dans les points où la teinte brune, sans avoir complètement disparu, est moins forte, existe une rougeur diffuse de la peau, cette dernière surtout prononcée autour de la bouche, du nez et sur le nez même. A ce niveau la peau n'est nullement épaissie, elle ne présente pas d'adhérence profonde. Les fosses temporales sont creuses par suite de l'atrophie des muscles et les pommettes font une saillie très apparente au-dessous. Les lèvres sont épaissies et légèrement éversées en dehors, elles sont rasées et à leur surface existe une desquamation assez forte. Il n'existe pas de tiraillement au niveau des commissures. La pigmentation de la face, qui persiste dans l'intervalle des grossesses, serait un peu accentuée au moment de celles-ci.

La muqueuse gingivale présente une forte coloration rouge, les dents ont presque toutes disparu ; à leur place il ne reste que des chicots grisâtres, noyés dans les gencives fongueuses et débordantes. La chute des dents remonte à deux ans environ, elles sont tombées sans douleur. La langue est irrégulière sur ses bords et présente sur sa face dorsale des sillons qui lui donnent un aspect scrotal ; il n'existe pas de fissures au fond de ces sillons. La face inférieure est normale et le frein n'est ni rétracté ni induré. Les oreilles, irrégulières sur leurs bords, présentent dans leurs plis des alternatives de pigmentation et de décoloration. Les paupières, pigmentées sur leur face extérieure, sont normales et recouvrent aisément les globes oculaires. Les sourcils et les cheveux, un peu clairsemés, n'ont pas changé de coloration.

La pigmentation cutanée diminue sur les parties couvertes, pour reparaître aux mains ; son intensité diminue sur les avant-bras. Comme à la face, elle n'est pas régulière et présente des taches blanches où le pigment fait défaut. Ces taches sont parsemées de petits vaisseaux très ténus. Elles sont surtout abondantes au niveau des saillies des métacarpiens et des phalanges. Du côté de la face palmaire, la peau est normale.

En dehors des points précités, la peau est partout de coloration normale, même au niveau des organes génitaux.

Troubles sensitifs. — Ils sont à peine marqués. La sensibilité au contact est normale, il n'y a pas de zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Le chaud et le froid sont nettement perçus. Il n'y a pas de retard dans les perceptions.

Les appareils sensitifs fonctionnent normalement ; les pupilles s'accommodent bien aux distances et réagissent à la lumière. Le champ visuel est tout entier conservé Pas de troubles du côté de l'ouïe, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de vertiges. La sensibilité gustative est conservée, mais le sujet accuse une sensation de brûlure au passage des aliments solides et liquides.

État psychique. — Pas de troubles du caractère ni de l'intelligence ; le sujet raconte avec clarté et précision l'histoire entière de sa maladie.

Troubles trophiques et moteurs. — Les ongles sont parcourus de stries longitudinales. Les nerfs périphériques accessibles ne présentent pas de modification de volume.

Il existe des altérations importantes du côté du système locomoteur : les éminences thénar et hypothénar ont disparu et à leur place se montrent des méplats. Les espaces interosseux, très déprimés, rendent plus apparentes les saillies des métacarpiens. Les muscles des avant-bras et des bras sont également très atrophiés ; l'acromion et l'apophyse coracoïde se dessinent nettement sous la peau quand le sujet laisse tomber ses bras le long du corps. Dans la région antérieure du thorax, les pectoraux, dont l'atrophie est masquée en partie par la glande mammaire, laissent voir dans le reste de leur étendue les espaces intercostaux.

Les omoplates font légèrement saillie sur leur bord interne ; à la région cervicale le triangle sus-claviculaire est légèrement déprimé ; sa limite postérieure est nettement dessinée par le trapèze, peu atteint, tandis que les sterno-mastoïdiens sont plus atrophiés.

L'atrophie est moins marquée à la partie inférieure du tronc et au niveau des membres inférieurs.

Les mouvements d'opposition du pouce s'exécutent facilement ; la malade peut écrire et faire du crochet très a droitement. La résistance opposée par la réunion de la pulpe du pouce et de l'index est assez marquée. Les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts se font bien. La flexion et l'extension du poignet sont limitées par la rétraction des fléchisseurs et des radiaux. La flexion du coude est possible ; mais l'extension ne peut se faire complètement : le bras reste toujours légèrement fléchi et en légère abduction ; si l'on veut forcer

le mouvement d'extension, le biceps forme une corde rigide sous la peau. L'atrophie deltoïdienne est considérable ; cependant, la malade met facilement les bras sur la tête, et peut les tenir élevés ; mais le moindre poids, la moindre résistance les abaissent aussitôt. Lorsque le bras arrive à l'horizontalité. l'omophate nettement dessinée l'accompagne en dehors et l'on sent une corde fibreuse dans le creux axillaire. Les sterno-cléido-mastoïdiens font une saillie légère ; mais il suffit d'une force minime pour vaincre leur résistance. Les masséters et les temporaux sont eux-mêmes légèrement atteints par la rétraction fibreuse et limitent l'ouverture de la bouche en faisant une saillie sensible sous la peau. Les péristaphylins et les pharyngiens paraissent eux-mêmes lésés, car le sujet a parfois de la peine à déglutir les aliments secs et volumineux.

Au niveau des membres inférieurs et du tronc, les troubles moteurs sont moins marqués, les adducteurs sont légèrement atteints et la malade accuse de la douleur à la pression exercée au niveau de leurs insertions musculaires.

La démarche est peu modifiée, la malade se baisse sans beaucoup de peine. Les muscles fessiers, la masse sacro-lombaire paraissent indemnes.

Il n'y a pas de lésion articulaire et il n'existe que peu de lésions osseuses ; la colonne vertébrale n'est pas déviée, les jambes ne sont pas arquées ; mais au niveau du sternum on constate la présence de deux saillies osseuses qui auraient toujours existé, au dire du sujet ; l'appendice xiphoïde est légèrement saillant à son extrémité libre.

Les réflexes rotuliens sont normaux, il n'existe pas de clonus du pied. On ne signale nulle part de tremblement ou de contraction fibrillaires.

Troubles vaso-moteurs. — A de certains moments on voit se produire une rougeur plus marquée de la face. Quelques jours après son entrée à l'hôpital (le 21 juillet), la malade présente à la partie inféro-externe de la jambe gauche un épaississement de la peau appréciable à la vue : cependant, la production d'un godet en ce point est impossible ; mais en pinçant la peau on remarque qu'elle est en ce point très épaissie, dure et immobile sur l'os sous-jacent. Cette induration diminue rapidement, et les parties avoisinantes deviennent très vite normales. Cet épaississement disparut, du reste, en vingt-quatre heures. La température des extrémités n'est pas abaissée.

Examen des divers appareils. — Les appareils respiratoire et circulatoire fonctionnent normalement. Rien de particulier du côté du tube digestif ; la malade est le plus souvent constipée. Les régions ganglionnaires sont de volume normal, seuls les ganglions fémoraux sont assez volumineux.

Analyse des urines (faite par l'interne en pharmacie du service). — Pas de sucre, pas d'albumine, pas de pigments biliaires. Présence d'indican et d'urobiline. Quantité émise en vingt-quatre heures : 1,500 gr. Urée : par litre, 8 gr. 20 — par jour, 12 gr. 30. Chlorures : par litre, 7 gr. 8 — par jour, 11 gr. 7 — Phosphates : 1 gr. 30 par litre — par jour, 1 gr. 95.

Utérus. — Absence de mouvements actifs du fœtus et de battements du cœur. L'utérus a diminué sensiblement de volume. *Le 5 août, au soir*, la malade est prise de douleurs. Elle entre à la salle de travail à minuit : à ce moment la dilatation est comme une paume de main. Le 6 août, à 1 heure 1/2 du matin, la dilatation est complète, la rupture des membranes se fait spontanément, le liquide amniotique est noirâtre. Présentation du siège, accouchement spontané à 2 heures du matin. Cet accouchement s'est fait avant terme, à 7 mois environ. La délivrance se fait naturellement, mais les membranes sont déchirées, incomplètes. Hémorrhagie de la délivrance : injections chaudes, tamponnement. Poids du placenta, 350 grammes. Poids du fœtus, 1,450 grammes. Urines non albumineuses.

Examen du placenta. — D'après la longueur des membranes, il semble que la zone du placenta la plus voisine du fond de l'utérus est en même temps la plus épaisse. La partie du placenta qui avoisine le côté des membranes le plus étroit (8 centim.) est considérablement atrophiée sur une surface de la largeur de la paume de la main. Un caillot linéaire existe sur une longueur de 5 à 6 centimètres et le sinus circulaire est ouvert en ce point qui répond au bord le plus épais de l'organe. La plus grande partie de la face interne offre une teinte rouge jaunâtre qui disparaît sur les points les plus épais.

Fœtus. — Macération très avancée. Les sclérotiques sont déprimées. La chambre antérieure de l'œil a disparu. L'épiderme commence à se soulever au niveau du front, il est détaché sur la partie inférieure du tronc et des membres inférieurs. Il existe une infiltration considérable de tout le tégument. Le *cœur* est du volume d'une petite noix, il est rouge. On distingue les valvules qui sont rosées. Il n'existe nulle part de sclérose apparente. Le *thymus* descend jusqu'au-devant du poumon.

Les *poumons*, petits, compacts, d'un rouge vineux, vont au fond de l'eau. Le *foie* occupe la plus grande partie de l'abdomen ; d'une coloration rose verdâtre, il ne présente rien de particulier à la coupe. *Rate* assez volumineuse, pas molle. Les *reins*, assez volumineux, du volume d'un gros haricot, se décortiquent facilement. On conserve dans le Müller et dans le sublimé un morceau de foie, du poumon, de la rate, des reins et du placenta pris au niveau de la portion atrophiée. Au-dessous de la peau du crâne existe un liquide sanguinolent dont la quantité est d'un grand verre. Les os du crâne sont séparés les uns des autres par une membrane fibreuse de 3 à 4 centimètres dans sa plus grande étendue. Le *cerveau* se présente sous la forme d'une boue de coloration vineuse, il est complètement liquéfié.

Examen histologique. — Les pièces conservées dans le Müller et le sublimé ont été incluses dans la celloïdine. Coloration : picro-carmin, éosine-hématoxyline.

Placenta (1). — Villosités de volume à peu près normal, peut-être cependant plus petites que normalement. Le syncytium leur forme une enveloppe assez régulière, beaucoup plus régulière même que dans les placentas à terme ordinaires et l'on peut en déduire que le placenta n'est pas complètement à terme, soit que l'accouchement se soit produit avant terme, soit que, si l'accouchement s'est produit à terme, il y ait eu arrêt de la nutrition depuis quelque temps. Ce syncytium, quoique complet, est peu développé, *atrophié* au point de vue de son épaisseur, qui est près du tiers à la moitié plus mince que normalement.

Par places ce syncytium présente des épaississements qui correspondent à des points malades où la circulation maternelle se faisait probablement mal. A ce niveau existe souvent une thrombose, au début ou déjà avancée, dans le sinus maternel. Cependant ces points de thrombose sont relativement rares et peu volumineux, comparativement à ce que l'on trouve chez certaines femmes atteintes de maladies infectieuses, d'éclampsie, de syphilis, etc.

La partie la plus malade des villosités est leur parenchyme. Il est dense, les cellules sont plus nettement marquées que d'habitude (sans qu'il y ait à proprement parler d'inflammation), leur tissu conjonctif, très serré, montre une véritable cirrhose. Cependant les

(1) L'examen histologique du placenta a été fait par notre collègue et ami Durante, chef de laboratoire à la Maternité, qui a bien voulu s'en charger et dont la compétence, en pareille matière, est indiscutable.

villosités fibreuses sont rares. On constate surtout de la condensation du parenchyme, le remplacement du tissu myxomateux normal par du tissu conjonctif mieux différencié. Les vaisseaux des villosités ont pour la plupart *disparu*. Ceux que l'on retrouve ont une paroi épaissie et une lumière rétrécie (par sclérose sans inflammation jeune). Ces lésions sont si accusées et si générales qu'il est évident que l'enfant ne pouvait pas vivre. Cette altération placentaire est probablement la cause de la mort; elle en est, au moins, une cause suffisante.

Les *travées maternelles* ont comme particularité d'avoir des cellules déciduales très nombreuses et très volumineuses. Arrondies et assez claires, peut-être pourrait-on dire qu'elles sont un peu œdémateuses.

Dans ces travées, les *vaisseaux* sont presque tous oblitérés par de la fibrine en voie d'organisation fibreuse. Par places il s'est produit quelques hémorrhagies histologiques qui s'organisent également. Ces troubles circulatoires sont peut-être la cause de cet œdème cellulaire.

En résumé, il s'agit surtout de lésions vasculaires, thrombose et transformation fibreuse de vaisseaux maternels dans les vaisseaux de la caduque ; sclérose des villosités et disparition des vaisseaux fœtaux.

Rein du fœtus. — La région corticale présente un très grand nombre de glomérules de moyen volume constitués par un petit peloton vasculaire nettement visible et séparé de la capsule de Bowman par un espace clair. D'autres sont en voie d'atrophie. Certains glomérules et leur capsule présentent un revêtement de cellules cubiques. Dans leur intervalle, on aperçoit un grand nombre de canaux tapissés par des cellules cubiques. D'autres, plus larges, représentent des vaisseaux renfermant de la fibrine qui emprisonne des globules rouges.

Dans la substance médullaire on distingue : 1° des vaisseaux (artères et veines) thrombosés à parois nettement définies ; 2° un très grand nombre de canaux urinifères, les uns petits, tapissés par un épithélium cubique épais, d'autres plus larges, à épithélium en voie de desquamation remplissant tout le calibre du vaisseau. Le tout est noyé dans un stroma fibreux peu distinct, sauf en certains points où l'on trouve du tissu conjonctif adulte formant d'épais trousseaux qui parcourent le rein sur une grande partie de son étendue. La plupart des éléments anatomiques ont mal pris les matières colorantes.

Foie. — A un faible grossissement, les lobules présentent de larges travées fibreuses occupant les espaces portes et le pourtour des veines

sus-hépatiques. Ces lobules sont du reste assez nettement dessinés. On aperçoit en outre de distance en distance des amas de granulations produits par des dépôts de cristaux provenant des milieux conservateurs.

Avec un plus fort grossissement, les nappes fibreuses se montrent uniformément constituées par du tissu conjonctif adulte au milieu duquel on ne retrouve plus trace des vaisseaux sanguins ou biliaires. Il en est de même au niveau de la veine centrale, qui partout est remplacée par du tissu conjonctif très serré qui empiète légèrement sur les travées cellulaires et dans leur intervalle.

Ces dernières sont bien conservées. Il semble cependant que les cellules aient moins nettement pris les matières colorantes que normalement. Elles interceptent entre elles des interstices rayonnés marquant la place des capillaires et dans lesquels on ne trouve pas trace de globules sanguins. Au niveau des espaces portes, les lobules ne sont pas nettement arrêtés, mais les travées se recourbent légèrement à ce niveau et donnent l'aspect de l'évolution nodulaire.

En somme, il s'agit d'une femme atteinte de sclérodermie dont le début remontait à une époque assez éloignée (1891), qui eut tour à tour une première grossesse ayant évolué normalement, fit une fausse couche de deux mois et demi et une nouvelle fausse couche de sept mois qui l'amena dans le service. L'évolution successive de ces diverses grossesses est fort intéressante. En effet, au moment de son premier accouchement, le sujet était déjà fortement atteint depuis environ dix-huit mois et cependant la marche en fut régulière, l'enfant naquit à terme sans présenter aucune tare. Il semble donc bien que l'affection dont elle est porteur est restée longtemps sans donner lieu à des lésions placentaires, parce qu'elle était encore rigoureusement localisée au tégument externe.

Au moins pour la dernière fausse couche, il est curieux d'étudier la façon dont la maladie de la mère est intervenue pour produire la mort de l'enfant. En outre, nous devons nous demander si les organes du fœtus ont subi des modifications qui peuvent être placées sous la dépendance de l'affection maternelle. L'étude histologique du placenta est fort instructive à cet égard. Les thromboses multiples intéressant les différentes parties de cet organe ne permettaient pas de mener la grossesse à terme. La cirrhose des villosités, la disparition presque totale des vaisseaux, la sclérose de ceux qui subsistent encore ne pouvaient fournir un apport de matériaux suffisant pour assurer la vie de

l'enfant. C'est l'opinion que nous avait suggérée l'étude de nos coupes et nous avons été fort heureux de la voir contrôlée par M. Durante. « Cette altération placentaire, dit-il, est probablement la cause de la mort du fœtus, elle en est au moins une cause suffisante. » Telle est encore la principale lésion des travées maternelles ; les vaisseaux y sont étouffés par une prolifération fibreuse. Il existe donc, en somme, un véritable processus scléreux qui a atteint le placenta dans ses parties fondamentales en le rendant impropre à accomplir ses fonctions et nous croyons pouvoir en tirer la conclusion, en nous plaçant au point de vue exclusivement obstétrical, qu'il s'est agi dans l'espèce d'une véritable *sclérodermie placentaire*.

S'il en est ainsi, on peut se demander pourquoi le dernier enfant a survécu si longtemps à de pareilles lésions, alors que la première fausse couche s'est faite à 2 mois et demi, à un moment où l'affection maternelle était certainement moins accentuée. Nous nous bornons à poser ce problème sans essayer de le résoudre, nos connaissances de l'histologie normale et pathologique du placenta étant trop rudimentaires pour nous permettre de hasarder une hypothèse.

Les lésions présentées par les organes du fœtus sont également fort instructives. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'un arrêt de développement des viscères à un moment donné de leur évolution. Il existe, nous semble-t-il, de véritables lésions de *sclérose*, surtout manifestes au niveau du foie. Cet organe présente une cirrhose bi-veineuse ayant entraîné l'atrophie et la disparition des vaisseaux de l'espace de Kiernan, intéressant d'autre part la veine centrale du lobule et les parties immédiatement voisines des capillaires radiés. Par suite, les travées hépatiques tassées dans un espace restreint se sont mises en évolution nodulaire, rappelant ce qui se passe dans certaines affections hépatiques de l'adulte. Comme conséquence, les cellules frappées de mort ont mal pris les matières colorantes et leurs noyaux sont difficilement reconnaissables.

Il en est de même au niveau des reins où, à côté de glomérules d'apparence normale, on en voit en état d'atrophie plus ou moins complète par prolifération de la capsule de Bowman, tandis que le reste de l'organe est surtout représenté par du tissu fibreux en état d'organisation plus ou moins parfaite. Ainsi donc l'arrêt de développement n'interviendrait qu'à titre accessoire dans la production de ces lésions, la sclérose ici encore joue le principal rôle.

Mais s'agit-il, dans ce cas, d'une propagation de la maladie de la mère

à l'enfant, d'une sclérodermie fœtale ; devons-nous au contraire envisager ces lésions comme la conséquence secondaire de l'atrophie placentaire par sclérose ? C'est cette dernière hypothèse qui, selon nous, doit être acceptée. La dégénérescence fibreuse du placenta aurait agi par un mécanisme analogue à celui qui préside à la cirrhose bi-veineuse de l'adulte. Sommes-nous en présence d'une lésion purement mécanique ? Le fait est probable, bien qu'à vrai dire la nutrition du fœtus ait pu être viciée par un sang charriant des éléments pathogènes impropres, non seulement à assurer l'existence de l'enfant, mais encore à permettre le développement régulier des organes. Mais il s'agit là d'une simple hypothèse, que l'étude d'un fait unique ne saurait suffisamment étayer. L'étude chimique du sang maternel pourrait seule apporter quelque appui à cette manière de voir.

Perforation de l'intestin survenue après une hystérectomie vaginale, par M. Georghiu (p. 447). M. G. présente l'intestin d'une malade qui fut prise, deux jours après une hystérectomie vaginale, de symptômes graves qui nécessitèrent l'ablation des mèches, manœuvre qui amena un flot de matières fécales. Se basant sur l'absence de symptômes fonctionnels pendant deux jours et sur la position élevée de l'anse perforée dans la cavité abdominale, sans rapports avec le foyer opératoire, le présentateur se demande s'il ne s'agit pas d'une coïncidence malheureuse. Ce n'est pas l'avis de la Société, qui croit à une perforation traumatique.

Fibrome de la paroi abdominale, par H. Morestin (p. 461). — La pathogénie des fibromes de la paroi abdominale a été remise en cause par des travaux récents, et il y a lieu d'orienter dans ce sens l'étude des faits nouveaux. D'après M. Guinard et son élève Puyaubert, reprenant une idée déjà ancienne de Sænger, ces tumeurs singulières auraient pour origine constante ou à peu près constante le ligament rond, qu'elles aient pris naissance aux dépens de cet organe lui-même ou de fibres aberrantes. Leur opinion est donc en opposition avec celle qui les fait partir des aponévroses et des muscles, et qui est aujourd'hui la plus répandue. Cette doctrine repose sur d'excellentes considérations théoriques, mais les preuves absolument démonstratives manquent. Ayant eu l'occasion d'opérer une jeune femme atteinte d'un de ces fibromes j'ai, essayé de voir si ce cas pouvait aider à établir la séduisante hypothèse de M. Guinard.

Femmes de 26 ans. Elle a eu deux enfants, dont l'aîné a 7 ans, le

plus jeune 5 ans. Ses grossesses ont été normales et il n'y a jamais eu de maladie antérieure.

Au côté gauche, un peu au-dessus de l'aine, est une petite tumeur, dont la présence a été constatée depuis huit mois et qui, paraît-il, a augmenté sensiblement de volume depuis quelque temps. Les dernières règles ont été douloureuses et la malade en a pris de l'inquiétude ; elle en a accusé la tumeur et s'est décidée à en subir l'extirpation.

L'utérus est un peu abaissé, le col un peu gros, conservant la trace d'une déchirure ancienne et atteint d'une inflammation chronique mais ni très profonde, ni très étendue ; en somme, rien de bien sérieux de ce côté. Les annexes sont ou du moins paraissent saines.

La tumeur ne fait point de saillie extérieure appréciable. C'est qu'elle est petite, que la paroi abdominale est très chargée de graisse, et enfin, que le néoplasme est situé dans les couches profondes de cette paroi, comme on peut s'en assurer par la palpation. Ce dernier mode d'exploration donne en effet des renseignements fort nets sur ses caractères et son siège. On sent, au-dessus de l'arcade crurale, à un travers de doigt de cette arcade, au voisinage de la crête iliaque, tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dehors du point où doit se trouver l'orifice profond du trajet inguinal, une masse dure, lisse, indolente au toucher, du volume d'une grosse noix, indépendante des téguments, légèrement mobile sur les plans profonds quand les muscles sont relâchés, fixés par leur contraction. Ses limites sont moins faciles à apprécier quand les muscles sont tendus, mais elle ne disparaît pas. Cette tumeur est donc en connexion intime avec la paroi, ou plutôt fait corps avec elle, mais elle est dans les couches profondes de cette paroi. Son siège, ses rapports, sa consistance, l'âge de la femme et la marche de l'affection, nous firent porter sans hésitation le diagnostic de fibrome pariétal.

L'extirpation en fut pratiquée le 12 mai. Je procédai à une dissection soigneuse et lente pour tâcher d'établir les connexions et les rapports. L'aponévrose du grand oblique fut mise à nu au niveau de la tumeur, par une assez longue incision parallèle aux fibres de cette aponévrose, commençant au-dessus de la crête iliaque et allant jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal superficiel.

L'aponévrose du grand oblique soulevée par la tumeur était intacte, elle glissait à sa surface et n'avait avec elle que des adhérences celluleuses fort lâches. Ce plan fibreux incisé, et les deux lèvres de l'incision saisies et écartées par des pinces de Kocher, on put voir la

masse néoplasique d'un blanc rosé, ayant la forme et le volume d'une amande verte encore entourée de sa coque. Elle était environnée des fibres musculaires du petit oblique. Le ligament rond n'avait aucun rapport direct avec la tumeur. Celle-ci était englobée dans les fibres rouges du petit oblique qu'il fallut couper tout autour de la tumeur. A ce niveau, le petit oblique et le transverse sont généralement fusionnés. La tumeur occupait, presque dans toute son épaisseur, le plan charnu formé par ces deux muscles. Cependant après son extirpation il existait encore quelques fibres voilant le fascia transversalis complètement respecté. La plaie fut ensuite refermée par des sutures profondes et superficielles, sans drainage, la réunion est parfaite.

La tumeur extirpée, d'une consistance très ferme, est blanchâtre à la coupe et uniforme. Sur les préparations microscopiques, on voit qu'elle est composée de tissu fibreux pur et très dense. On n'y voit aucune trace de fibres musculaires lisses. Mais à la périphérie on voit, tout autour de la tumeur, des faisceaux de fibres striées, coupés en travers. Ce sont les fibres du petit oblique et du transverse. Beaucoup de ces faisceaux sont englobés complètement par le tissu fibreux qui les entoure, les sépare les uns des autres, les écarte. On en peut conclure que ce fibrome était en voie d'accroissement assez rapide, et cela d'autant mieux qu'il n'y a pas de limite nette, de capsule qui la sépare des tissus environnants. Dans tous les points considérés, il n'existe que du tissu fibreux ; on ne voit nulle part d'élément qui puisse permettre d'élever là-dessus le moindre doute.

Ces constatations ne suffisent pas pour rejeter absolument la possibilité de l'origine aux dépens du ligament rond ; mais il faut avouer qu'elles ne viennent en aucune façon l'appuyer. D'abord la dissection établit que la tumeur n'a aucune connexion directe avec le ligament rond. A la rigueur elle aurait pu prendre naissance aux dépens de fibres aberrantes plus ou moins dissociées pendant la période de développement.

Cette interprétation serait plausible si elle était située sous le péritoine, où la présence de ces fibres lisses est souvent constatée ; mais elle est ici dans l'épaisseur des muscles striés, non pas dans un interstice, mais dans le corps charnu même, et elle fait corps avec les faisceaux musculaires, les entoure et les englobe. On peut admettre que cet envahissement est secondaire, et on l'admettrait sans répugnance si la structure de la tumeur devait apporter quelque élément de preuve.

Mais elle est composée de tissu fibreux. Quelques faisceaux de fibres

musculaires lisses suffiraient peut-être pour entraîner notre conviction, mais il n'y en a pas un seul. Il faudrait supposer alors que des débris fibreux du ligament rond auraient seuls persisté en ce point, ou seraient seuls devenus malades, ou auraient atrophié l'élément musculaire dans un processus primitivement mixte. Ce seraient bien des hypothèses, pour appuyer une hypothèse.

Aussi je pense que ce cas ne saurait être revendiqué par la théorie qui fait naître les fibromes aux dépens du ligament rond, ou, du moins, que rien ne permet de supposer qu'il ait eu une telle origine.

Volumineux lipome sous-péritonéal, par M. Percheron (p. 474). — Lipome de 10 kilogrammes, sous-péritonéal, qui s'attachait par un pédicule entre la vessie et le rectum, chez une femme de 54 ans. La tumeur a été enlevée par laparotomie. On avait pensé à un kyste ovarien multiloculaire.

Grossesse extra-utérine occupant la portion interstitielle de la trompe, par M. Audion (p. 487). — Femme de 25 ans, qui a succombé à une hématocèle péri-utérine, sans intervention chirurgicale. On a trouvé une grossesse extra-utérine de trois mois et demi environ; l'embryon, de 12 centimètres et demi de longueur, occupait la portion utérine ou interstitielle de la trompe, situation très rarement observée. La muqueuse utérine est boursouflée, épaisse de 7 à 8 millimètres.

M. Cornil a pratiqué des coupes histologiques de cette muqueuse œdématiée. Tout le tissu cellulaire en est transformé en amas de cellules énormes, à prolongements, anastomosées entre elles. Il s'agit bien là des cellules propres de la muqueuse, et non de fibres musculaires lisses ni de cellules déciduales.

Histologie des corps jaunes, par M. Cornil (p. 653). — Voir *Annales de Gynécologie*, octobre 1899.

Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. — Kyste intra-ligamentaire pouvant être invoqué comme facteur étiologique. — Hématocèle au 4e mois. — Laparotomie. — Guérison, par H. Morestin (p. 808). — Il n'y a guère de question plus intéressante et plus variée que celle des grossesses extra-utérines. Chaque cas pour ainsi dire comporte son enseignement.

Hermine G..., journalière de 37 ans, a eu autrefois deux enfants dont le plus jeune a 5 ans, et depuis une fausse couche.

Après un retard de six semaines, H. G..., qui d'ailleurs était d'une

manière habituelle assez irrégulièrement réglée, avait été prise de vives douleurs et d'une perte très abondante. Elle crut avoir fait une fausse couche, ce fut aussi l'opinion de son médecin, et c'est avec ce diagnostic qu'elle nous fut adressée. Cette hypothèse était en effet très vraisemblable. Le ventre, très souple, était peu douloureux, sauf sur la ligne médiane. Le col utérin était mou et dilaté, les culs-de-sac libres. En combinant le palper au toucher, on sentait au-dessus du pubis une masse arrondie, qui paraissait faire corps avec l'utérus, ou plus exactement semblait être l'utérus lui-même un peu gros.

Le cas semblait banal et pendant plusieurs jours la malade ne nous inquiéta pas autrement. L'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément, il n'y avait point de fièvre ; à la visite nous la trouvions assise sur son lit, ne songeant pas à se plaindre.

Bref, au bout d'une quinzaine nous pensions la renvoyer chez elle incessamment. Or brusquement, dans la nuit du 16 au 17 septembre, elle fut prise de douleurs violentes dans l'abdomen. En peu d'instants, elle devint extrêmement pâle et perdit connaissance. Son pouls était fort petit et d'une excessive rapidité.

Elle se remonta un peu sous l'influence d'injections de sérum et d'éther, mais pendant plusieurs heures son état inspira à l'interne de garde les plus grandes inquiétudes.

Quand je la vis le lendemain, elle était mieux, mais si faible, si pâle, qu'elle semblait aux limites de la vie. Le pouls, très petit, était pourtant assez nettement frappé. Le ventre était très souple, légèrement ballonné, à peine douloureux, et seulement du côté gauche à sa partie inférieure. Elle se plaignait surtout, sans qu'on en pût saisir la cause, d'un point de côté violent à droite de la poitrine, douleur qui la gênait beaucoup dans la respiration. Il y avait eu pendant la nuit une légère perte sanguine dans le vagin. Je ne doutai point que ces phénomènes ne fussent en rapport avec une hémorrhagie intra-péritonéale, suite de grossesse intra-utérine. Je n'intervins pas immédiatement pour trois raisons : d'abord parce que ce jour-là, qui était un dimanche de vacance, je n'avais pas sous la main les aides nécessaires; en second lieu, parce que l'hémorrhagie était arrêtée pour le moment; en troisième lieu, parce que la malade était d'une extrême faiblesse et n'aurait peut-être pas résisté à l'intervention pratiquée ce matin-là. Le lendemain elle allait mieux, et se remontait peu à peu les jours suivants. Dès le troisième jour, on sentait de la façon la plus nette par la palpation une

grosse masse pâteuse occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche et remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. Le diagnostic d'hématocèle paraissait certain, mais le toucher vaginal demeurait toujours à peu près négatif. Rien dans le cul-de-sac postérieur; à gauche, masse indécise échappant à une appréciation exacte à cause de la hauteur à laquelle elle était située, mais paraissant se confondre avec celle qu'on sentait par le palper de l'abdomen.

Le 22, nouvelle crise, mais moins forte. Cette fois il y eut encore une douleur violente à siège thoracique, mais du côté gauche. La tumeur abdominale augmenta encore, et sa limite supérieure atteignait l'ombilic.

Le 27, je fis la laparotomie sur le plan incliné. Avant même que le péritoine fût ouvert, le diagnostic était vérifié, car à travers la séreuse transparaissait la teinte bleuâtre du sang épanché.

J'eus d'abord à décoller quelques adhérences de l'épiploon, puis le sang s'écoula en abondance, en même temps que se présentait un fœtus de 4 mois qui était immédiatement derrière la paroi abdominale et la vessie, au-devant et au-dessus du fond de l'utérus. Ce fœtus enlevé, ainsi qu'une masse considérable de caillots, je fis ensuite l'extraction d'un placenta volumineux, qui se laissa attirer sans trop de difficulté, bien qu'il parût adhérent à l'épiploon, au péritoine et au côlon pelvien, et aux annexes droites. Celles-ci étaient saines et simplement agglutinées, contribuant à limiter le foyer de l'hématocèle. C'était la trompe gauche qui était coupable. Cette trompe persistait dans presque toute son étendue, et elle n'avait subi qu'une légère augmentation de volume. C'était sa partie toute terminale qui s'était distendue, et l'œuf s'était développé au niveau même du pavillon et s'était mis ainsi rapidement en contact avec les organes voisins. La trompe était étalée sur une tumeur arrondie qui la soulevait et l'aplatissait, ne laissant libre que la partie terminale. Cette tumeur put être enlevée en même temps que les annexes gauches. Le cul-de-sac de Douglas ne contenait qu'un peu de sang liquide, quantité insignifiante, l'hématocèle était abdominale, sus et pré-utérine ; le cul-de-sac vésico-utérin était rempli de caillots. Ceux-ci occupaient encore les deux fosses iliaques et remontaient jusqu'à l'ombilic, mais le petit bassin était complètement respecté. Les caillots enlevés, le pédicule des annexes gauches, lié je plaçai un drain derrière l'utérus et des mèches de gaze iodoformée, comprimant légèrement les surfaces saignantes au pourtour du détroit supérieur d'où j'avais dû décoller les débris placentaires.

J'ai dû changer le pansement le lendemain, car il avait été traversé par un suintement séro-sanguin très abondant. Les suites ont été très simples, mais la malade est restée tellement pâle et faible pendant quatre ou cinq jours qu'on pouvait se demander si elle finirait par reprendre le dessus.

Le 13 octobre, son état est aussi satisfaisant que possible. Elle est certainement hors de danger et en voie de guérison très prochaine. Elle n'a plus ni drain, ni fils, l'appétit est revenu et l'état général s'améliore d'un jour à l'autre. C'est une sorte de résurrection.

Sur la pièce, on peut voir que la tumeur, dont l'ablation a pu être faite en même temps que celle des annexes gauches, est un kyste, de forme ovalaire, gros comme le poing. Il est uniloculaire, à surface lisse, à paroi d'épaisseur uniforme, et le liquide qui le distend est limpide.

Il n'adhère ni au péritoine, ni à la trompe et se laisse aisément dépouiller de l'enveloppe que lui forme la séreuse. Il s'est développé dans la partie supérieure du ligament large, ou plus exactement dans l'aileron de la trompe. Il était mobile avec elle, retombait avec elle en arrière du ligament large proprement dit, et s'était logé entre la partie supérieure de ce ligament et le promontoire. Il couvrait ainsi en partie l'ouverture du cul-de-sac rétro-utérin, refoulant vers la droite le côlon pelvien. La trompe, appliquée à sa surface, occupait dans cette situation la partie interne de la tumeur. Quand elle était redressée et libérée, on voyait qu'en réalité elle occupait transversalement sa partie supérieure. Ces rapports avec la trompe d'une part, avec le ligament large d'autre part, font admettre que ce kyste a pu prendre naissance aux dépens de l'organe de Rosenmuller. L'ovaire intact était appendu en dedans et en bas du kyste.

Les *rapports du kyste et de la trompe* sont tels qu'on peut difficilement admettre qu'il y a simple coïncidence entre la présence de cette tumeur et le développement ectopique de la grossesse. L'ovule inerte en lui-même n'a-t-il pas trouvé là une cause d'arrêt, un obstacle à sa migration?

De fait il s'est cantonné juste dans la portion de la trompe restée indépendante de la tumeur. Il est rare qu'on puisse invoquer une cause aussi grossière dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Le plus souvent on ignore en somme la raison de cet accident, dans la migration de l'ovule fécondé.

On admet que de légères modifications de forme des trompes, des altérations de l'épithélium tubaire suffisent. A plus forte raison peut-

on attribuer la grossesse ectopique à la présence d'une tumeur qui modifie si complètement l'aspect et la configuration de la trompe, aplatit son calibre, la tord et l'allonge.

Il y a lieu de remarquer encore le point où s'est développée la grossesse extra-utérine. Implanté d'abord dans le pavillon, qu'on retrouve sur la pièce, très dilaté et presque méconnaissable, le placenta s'était étendu sur le péritoine, au niveau du promontoire et du détroit supérieur. L'œuf était entouré par le fond de l'utérus, le promontoire et le côlon pelvien.

C'était la grossesse tubo-abdominale. L'ovaire intact était au-dessous. La cavité de Douglas était fermée en haut, en partie par le kyste susmentionné de l'aileron de la trompe, et par les adhérences du côlon pelvien, du fond de l'utérus et des annexes droites contenant le foyer de la grossesse. Quand l'hématocèle s'est produite en plusieurs temps, c'est en avant et en haut que les déchirures se sont produites. Le Douglas était protégé contre l'inondation sanguine, d'où cette autre anomalie, l'absence de toute manifestation pelvienne dans une grande hématocèle.

Celle-ci a été purement abdominale, sus et pré-utérine, sous-ombilicale.

Cette *situation élevée* de la tumeur indiquait d'une manière fort nette la voie à suivre pour l'aborder. Les dernières et si abondantes discussions à la Société de Chirurgie et au Congrès de Marseille, et toute une série de thèses remarquables, ont très nettement indiqué les différents termes de la question. Il y a des partisans convaincus de la laparotomie dans tous les cas, non seulement dans le cas d'inondation péritonéale en cours, mais aussi dans le cas d'hématocèle, tumeur-caillot, constituée.

D'autres sont surtout pour la voie vaginale, et l'acceptent volontiers pour les cas où le danger pressant n'oblige pas à aller tout droit, le plus rapidement possible, jeter une pince sous la trompe déchirée. Ces derniers sont en majorité. S'il s'agit d'une hémorrhagie à tarir, laparotomie ; d'une collection à évacuer, colpotomie.

J'ai, pour mon compte, adopté cette dernière pratique jusqu'au jour où, après l'incision vaginale, une hémorrhagie abondante m'a forcé à faire sur-le-champ la laparotomie (v. Th. Arrogo, 1899).

Dans le cas particulier, on n'avait pas à choisir la voie, et à supposer même que la date récente de l'hémorrhagie et le volume de la tumeur ne paraissent point des raisons péremptoires pour opérer par

le ventre, aucun partisan de l'incision vaginale n'aurait pu songer ici à intervenir par la voie basse puisque dans ce cas exceptionnel les culs-de-sac vaginaux étaient libres, la symptomatologie extra-pelvienne, et que la tumeur, au-dessous de l'ombilic, s'offrait impérieusement à l'intervention abdominale.

Anomalie des organes génitaux, par M. Civatte, interne des hôpitaux (p. 853). — État apoplectique avec hémiplégie complète. La malade vit encore trois jours, sans reprendre connaissance. L'hémiplégie persiste.

Le cœur est en arythmie. Par moments, on croit trouver un rythme mitral. Le diagnostic porté est : embolie cérébrale consécutive à un rétrécissement mitral. On n'a aucun autre renseignement.

Lorsqu'on ouvre l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal au premier abord. La cavité du petit bassin, cependant, paraît plus profonde que d'ordinaire. Les ovaires sont à leur place, ils ont leurs dimensions normales. Les trompes suivent leur trajet normal. Elles soulèvent le péritoine, formant un repli transversal qui divise en deux parties la cavité du petit bassin. Ce repli est moins saillant que ne l'est d'ordinaire un ligament large ; il est à peine indiqué au milieu du pelvis, et la palpation montre qu'il ne renferme pas d'utérus.

On fait l'examen de la vulve : absence du vagin, qui est remplacé par un simple infundibulum pouvant se déprimer et acquérir une profondeur de deux centimètres environ. Le reste de la vulve ne présente pas d'anomalie.

L'examen plus détaillé des organes internes fait voir :

A droite, un ovaire kystique, un pavillon normal et, sur le trajet de la trompe, une petite nodosité dure, pédiculée, d'où part un ligament qui suit absolument le trajet du ligament rond ordinaire.

A gauche, un ovaire et un pavillon normaux et, sur le trajet de la trompe, faisant corps avec elle, un renflement long de trois à quatre centimètres, de consistance assez dure.

On enlève le tout avec la vulve et, sous le péritoine, on peut suivre le trajet des deux trompes : elles ne se rejoignent nulle part, et vont se perdre séparément, la gauche un peu au-dessus de la droite, dans le tissu cellulaire rétro-vésical, qui se trouve ici en contact immédiat avec l'ampoule rectale. La coupe montre qu'elles ne sont creusées d'un canal que dans leur moitié supérieure.

La nodosité attenant à la trompe droite est un ovaire surnuméraire.

Le renflement de la trompe gauche est un petit utérus, creusé de sa cavité, sur les parois de laquelle on retrouve les replis de l'arbre de vie.

Au niveau du col, cette paroi est bourrée de petits fibromes.

Les deux canaux de Müller, incomplètement développés, ne sont pas accolés à leur extrémité inférieure. Ils étaient complètement développés ; sinon, il y aurait eu deux utérus et deux vagins, anomalie qu'on a trouvée, s'il faut en croire Kölliker.

Ce cas prouve, au moins, que l'utérus peut se développer entièrement aux dépens d'un seul canal de Müller. L'infundibulum, tenant lieu de vagin, n'est qu'un vestige du sinus urogénital. Il est à regretter que l'on n'ait aucun renseignement sur la vie génitale de cette femme qui, paraît-il, était mariée.

Corps étranger du vagin chez une petite fille de trois ans, par H. Morestin (p. 885). — Cette petite fille de 3 ans, Marguerite B..., a été admise, le 4 août, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Bilgrain, n° 10. L'accident était arrivé le 1er août. L'enfant était venue en pleurant confier à sa mère qu'elle avait « perdu une épingle dans son bibi ». Depuis, elle se plaignait surtout de vives douleurs en urinant, et elle urinait très fréquemment. Aussi l'interne de garde pensa-t-il tout d'abord que le corps étranger était dans la vessie, l'exploration du vagin à l'aide d'un stylet ne lui ayant rien révélé. L'indocilité de l'enfant rendait, d'ailleurs, impossible tout examen sérieux. On la fit alors radiographier et, sur le cliché, on put voir très aisément une grosse épingle dont la pointe était derrière la symphyse, et dont la tête la dépassait notablement. Deux clichés pris à quelques heures d'intervalle montrèrent une inclinaison différente : sur le 1er, la tête était à droite de la ligne médiane ; à gauche, sur le 2e. Ces constatations semblaient confirmer le siège vésical du corps étranger, et c'est sous cette rubrique que l'enfant me fut présentée.

Le 5 août, j'endormis la fillette. Avant de rien entreprendre du côté de la vessie, j'explorai soigneusement la vulve et le vagin.

Il y avait un peu de vulvite ; l'hymen était intact, mais l'orifice de l'hymen était relativement assez large ; on pouvait y faire pénétrer facilement la sonde de femme ordinaire. Cette sonde enfoncée dans le vagin me fit percevoir, après quelques tâtonnements, un contact métallique. Je la remplaçai par un stylet, et à côté de ce stylet une pince hémostatique ordinaire. Je pus avec cette pince saisir l'aiguille ; le stylet me servit à la placer en long entre les mors de la pince, et à

écarter la paroi vaginale, puis l'orifice de l'hymen; celui-ci ne fut pas lésé. Je pus, au bout d'un instant, amener à l'extérieur l'aiguille que voici, longue de 5 centimètres, avec une tête grosse comme un pois. Une injection d'eau bouillie fut faite dans le vagin.

L'enfant cessa immédiatement de souffrir, et quitta l'hôpital le lendemain.

Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale, par MM. André Claisse et Dartigues (p. 1038). — M. C..., concierge, 57 ans.

Réglée à 12 ans, elle le fut depuis régulièrement. Mais déjà elle perdait beaucoup à l'occasion de ses règles qui duraient huit jours. Jeune fille, ses règles étaient douloureuses les premiers jours.

Cette malade a eu trois grossesses: la 1re à 22 ans; la 2e à 25 ans; la 3e à 33 ans. Les accouchements ont eu lieu à terme, sans complications. Au 1er accouchement, elle s'est levée trois jours après, les deux autres fois, neuf jours après. Jusqu'à l'âge de 40 ans, les règles sont toujours abondantes, en caillots.

Vers l'âge de 40 ans, les règles affectent le caractère de pertes ménorrhagiques profuses, durant longtemps. Des ménorrhagies surviennent même dans l'intervalle des menstrues. Ménopause à l'âge de 47 ans.

A 52 ans, c'est-à-dire il y a 5 ans, les pertes hémorrhagiques font une nouvelle apparition: sang rouge, avec caillots, mais sans odeur. Depuis cette époque, ces hémorrhagies apparaissent irrégulièrement, durant longtemps, mais cessant aussi pendant des deux et trois mois. Jamais de pertes blanches.

A 56 ans, la malade, qui avait le ventre un peu fort depuis longtemps, a senti une grosseur dans le côté droit. Il y a 5 mois, survient une perte de sang très abondante qui dura 8 jours. Dans les 3 ou 4 derniers mois, la malade perd beaucoup moins.

Elle a maigri un peu depuis cinq à six mois.

Constipation très opiniâtre. Aucune douleur abdominale. L'état général est excellent. Pas de perte de l'appétit. Les urines sont abondantes, claires. La malade se lève trois à quatre fois la nuit pour uriner.

Malgré les hémorrhagies antérieures, un peu d'amaigrissement et quelques symptômes de compression du côté de la vessie et du rectum; cette malade ne souffre pas, et n'est pas cachectisée.

A l'*inspection*, ventre assez volumineux, mais non tendu ; pas d'œdème ni de circulation collatérale. Du côté des membres inférieurs, pas d'œdème non plus, pas de varices.

A *la percussion* et à la *palpation*, aucun signe qui dénote un épanchement ascitique quelconque. Mais on constate la présence d'une volumineuse tumeur, arrondie, lisse, de consistance dure, un peu mobile dans le sens transversal, remontant au niveau de l'ombilic. Cette tumeur semble reposer en grande partie dans la fosse iliaque droite. Au milieu de l'hypogastre et surtout à gauche, on sent une deuxième tumeur, remontant moins haut que celle de droite, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette deuxième tumeur est moins mobile que la droite ; et il semble qu'il n'y ait pas de sillon de démarcation entre les deux saillies perçues à droite et à gauche ; on peut penser par ce seul examen à une unique tumeur, multilobulée, à lobe beaucoup plus volumineux à droite.

Au toucher bimanuel, les notions précédentes se précisent avec d'autres détails. Le col utérin est repoussé derrière le pubis et un peu à droite. Les mouvements communiqués à la tumeur sentie à droite de l'abdomen se transmettent au col.

Dans le cul-de-sac postérieur, on perçoit une tumeur faisant une saillie considérable, plus grosse que le poing, lisse, dure, mais très superficiellement irrégulière, comme s'il y avait esquisse d'une large lobulation. Ces mouvements imprimés à la tumeur de gauche se transmettent facilement à cette partie qui fait un relief si accusé dans le cul-de-sac postérieur. Mais il faut dire aussi que ces mêmes mouvements impriment simultanément au col une certaine mobilité. De telle sorte que l'ensemble du bloc néoplasique paraît être formé par une tumeur très irrégulière et trilobée, dont une partie occupe le côté droit du ventre, montant haut dans l'abdomen ; dont une deuxième partie occupe le côté gauche, mais atteignant un niveau bien moins élevé ; dont la troisième portion, enfin, occupe la cavité pelvienne et s'est logée dans le Douglas.

L'*hystérométrie*, difficile à pratiquer en raison de l'effacement du vagin par la partie inférieure de la tumeur et de la situation du col utérin repoussé derrière le pubis, n'est pas poursuivie. Le *toucher rectal* n'est pas pratiqué.

Le 25 novembre. M. Segond pratique une hystérectomie abdominale totale, par le procédé américain ; à l'ouverture de l'abdomen, aucune trace d'ascite. Le tire-bouchon est appliqué sur la première

tumeur qui présente tous les caractères d'un fibrome utérin; malgré cette prise, tout ne vient pas hors du ventre et M. Segond est obligé d'aller dégager, avec une main allant profondément dans la cavité pelvienne, la partie gauche du néoplasme, beaucoup plus considérable que la portion droite, et qui se montre d'une couleur moins foncée, presque nacrée.

L'hystérectomie est faite comme d'habitude ; des points séparés à la soie sont placés aux quatre points cardinaux de l'ouverture supérieure du vagin pratiquée par l'ablation de la tumeur, et des surjets au catgut fort sont faufilés sur la collerette vaginale.

Il n'y avait aucune adhérence intestinale ou épiploïque à la tumeur cependant très vaste. Une adhérence de l'épiploon allait à l'anneau ombilical constituant l'amorce d'une petite hernie : on la détache. Drainage par une grosse mèche vaginale iodoformée. Suture en masse de la paroi abdominale au fil d'argent.

Examen macroscopique. — La masse enlevée, du poids de 2,350 grammes, est formée de deux parties : l'utérus et l'ovaire gauche.

L'utérus est volumineux : il est légèrement bosselé ; on aperçoit un certain nombre de fibromes petits ou même minuscules, sous-péritoneaux. La cavité mesure 14 centimètres de long ; elle est tapissée par une muqueuse d'aspect normal, mais soulevée par quelques petits fibromes sessiles. En sectionnant la paroi utérine, on constate qu'elle renferme un grand nombre de fibromes, les uns très petits, les autres plus volumineux : ces derniers surtout, qui ne dépassent pas d'ailleurs le volume d'une noix, sont environnés d'une capsule lâche et s'énucléent d'eux-mêmes lorsqu'on a incisé le tissu utérin qui les recouvre. Tous ces fibromes sont blancs, durs, fasciculés.

Les annexes du côté droit sont atrophiées : l'ovaire était ratiné, la trompe mince. La trompe gauche, au contraire, est allongée (12 centimètres), comprise dans le pédicule relativement mince ; le ligament large plus élevé, mais non plus épais que normalement. Elle s'applique par son extrémité sur la face antérieure de la *tumeur ovarique*.

Celle-ci forme un ovoïde de 22 centimètres de longueur sur 11 centimètres d'épaisseur. La surface, légèrement bosselée, a une coloration blanche, rosée par places, bleutée en d'autres. La consistance est régulièrement ferme, sauf en quelques points kystiques. A la coupe on constate que la tumenr est presque entièrement solide : il existe bien quelques kystes ; mais ils sont de petit volume (pois, noisette) et répartis presque uniquement au niveau de la partie antérieure de la

tumeur; leur paroi est lisse; leur contenu jaune citrin, colloïde.

Le tissu solide a presque partout l'aspect du tissu ovarique normal : travées blanches partant de l'enveloppe superficielle et entourant des îlots de substance plus colorée, rosée. Par places, celle-ci devient plus molle et semble avoir subi une dégénérescence.

La vascularisation de cette tumeur semble faible : on ne voit pas de gros vaisseaux à la coupe ; il n'existe pas non plus de kystes sanguins.

Examen histologique — 1° *Tumeurs de l'ovaire.* — Les *travées blanches* qui partent de la superficie sont constituées par des fibres conjonctives courtes, droites ou ondulées, à noyau allongé ; elles renferment quelques cellules musculaires lisses, reconnaissables à leur contour plus net, à l'espace clair qui entoure le noyau sur une coupe perpendiculaire à leur axe.

Les portions rosées, constituant la moyenne partie de la tumeur, sont essentiellement formées de tubes épithéliaux : leur lumière est assez étroite ; circulaire sur certaines coupes, sur d'autres elle est allongée, sans jamais acquérir de grandes dimensions. Les cellules qui la bordent sont pour la plupart cylindro-cubiques, leur contour est peu net ; leur noyau est assez volumineux, ovalaire ou arrondi, bien coloré. Ces cellules sont souvent sur un seul plan ; mais elles prolifèrent abondamment, envahissant presque complètement les espaces intertubulaires où on ne distingue plus que de très minces travées conjonctives. Nombre de cellules sont polynucléaires, quelques-unes vacuolaires avec petit noyau refoulé à la périphérie : cellules mucoïdes. La lumière des tubes renferme souvent un coagulum colloïde plus ou moins abondant.

La coupe, portant au niveau d'un petit kyste, montre que le tissu voisin subit lui-même une transformation kystique ; on rencontre des tubes non dilatés, tapissés du même épithélum cylindro-cubique légèrement proliférant. Mais la plupart sont dilatés ; on trouve tous les intermédiaires entre le simple tube et le véritable kyste. L'épithélium de ceux-ci subit souvent des transformations : par places, il s'aplatit ; en d'autres endroits, au contraire, il est plus élevé, les noyaux s'allongeant, s'effilant ; la prolifération épithéliale forme en quelques points des végétations.

La paroi mince des kystes complètement développés est conjonctive, recouverte de cellules cylindriques assez élevées; elle a absolument le même aspect que celle des gros kystes de l'ovaire.

Enfin la *partie molle*, légèrement friable, est constituée par des kystes

remplis complètement par des végétations à contours ondulés : végétations formées d'une couche plus ou moins proliférante de cellules cylindriques reposant sur un stroma conjonctif peu épais. L'ensemble de la coupe offre un aspect très élégant, rappelant celui d'une muqueuse de la trompe bien développée ; mais ici c'est l'accolement des kystes végétants, au lieu du rapprochement des replis de la muqueuse, qui donne lieu à cette configuration.

En résumé, nous constatons un processus proliférant des éléments épithéliaux de l'ovaire, qui gardent leur disposition en tubes, donnant lieu ici à des productions péritubulaires, là à des kystes simples, ailleurs à des kystes végétants. Ce tissu baigne dans le stroma musculaire non dégénéré.

2° *Utérus.* — La muqueuse est atrophiée, kystique.

Les tumeurs sont des fibro-myômes.

Cette observation peut donner lieu aux remarques suivantes :

1° *Au point de vue étiologique*, il s'agit d'une femme d'un certain âge, 57 ans ; c'est ce qui se présente le plus souvent dans le cas de tumeur maligne de l'ovaire. Cette malade a eu 3 grossesses normales : dans un travail antérieur nous avons montré que les grossesses s'observaient bien plus fréquemment dans les antécédents de femmes atteintes de tumeur maligne des ovaires que dans les antécédents de celles qui ont une tumeur bénigne, un fibrome ovarique par exemple, et cependant la bilatéralité des lésions est beaucoup plus souvent observée dans les tumeurs malignes que dans les néoplasmes bénins de l'ovaire.

2° *Au point de vue des troubles fonctionnels*, nous attirons l'attention sur son histoire ménorrhagique datant de l'âge de 17 ans. La ménopause a été nettement marquée, et cependant, cinq ans après elle, les pertes hémorrhagiques recommencent. La malade ne s'aperçoit de la présence d'une tumeur qu'il y a un an. Les pertes hémorrhagiques qui ont marqué toute la vie génitale de cette femme doivent certainement être considérées comme symptomatiques de la fibromatose utérine ; quant aux métrorrhagies post-ménaupotiques, il les faut mettre, pensons-nous, sur le compte aussi du fibrome utérin et non de la tumeur de l'ovaire concomitante. Sa ménopause a déterminé un temps d'arrêt dans la symptomatologie hémorrhagique de ce cas, comme souvent on l'observe dans les fibromes utérins.

La malade n'éprouvait aucune douleur, n'était pas du tout cachectisée, bien que porteuse d'une tumeur maligne de l'ovaire venant compliquer des fibromes de l'utérus.

3° *Au point de vue des signes physiques*, malgré la présence de tumeurs multiples dont l'ensemble pesait 2 kil. 300, la malade n'avait pas un abdomen bien volumineux, ce que nous expliquons par la verticalité du néoplasme ovarien à forme ovoïde et qui était engagé dans la filière pelvienne un pôle en bas dans le Douglas. Bien que la tumeur ovarienne fût volumineuse et de nature maligne, nous n'avons pas trouvé d'adénite, ni d'ascite.

4° *Au point de vue du diagnostic*, ce cas démontre la difficulté qu'il y a à préciser qu'il s'agit ou non d'une tumeur extra-utérine. Le diagnostic n'a été dans notre observation que partiel, puisqu'on n'a pensé qu'au fibrome utérin ; il n'a pu être établi ici qu'une fois l'opération terminée.

5° *Au point de vue opératoire*, c'est la première fois, à notre connaissance, que l'hystérectomie abdominale totale a été pratiquée pour l'ablation d'une tumeur solide de l'ovaire. Il est vrai que l'utérus criblé de fibromes nécessitait cette ablation complète.

6° *Au point de vue anatomo-pathologique*, coïncidence de fibrome utérin avec néoplasme malin de l'ovaire. La concomitance des fibromes de l'utérus et de l'ovaire a été souvent signalée. Spencer Wells et d'autres considèrent que la plupart des fibromes de l'ovaire ne sont en réalité que des fibromes prenant naissance dans l'utérus.

La tumeur ovoïde montre bien la conservation de la forme de l'ovaire, ce qui n'existe pas dans les kystes de même volume. Les annexes du côté opposé étaient ratatinées et séniles ; nous citons le fait en opposition avec la bilatéralité similaire des lésions si fréquente dans le cas de tumeur maligne des ovaires. Cette tumeur ovarienne n'avait pas, ce qui arrive assez souvent, subi de phénomènes de torsion.

Il s'agit de vraie tumeur solide de l'ovaire, et nous ne croyons pas, vu le petit nombre de cavités kystiques, leurs très minimes dimensions, qu'elle puisse marquer le stade initial d'un kyste végétant de l'ovaire.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

Amputations du col utérin pour métrite chronique, par le Dr Pétroff. *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie*, novembre 1899.

L'auteur a opéré 81 malades présentant toutes des symptômes de

métrite chronique. Au point de vue gynécologique, les résultats de l'amputation du col utérin sont très bons : les règles devenaient régulières, moins abondantes et moins fréquentes ; les malades ne se plaignaient plus de douleurs ni de pesanteur dans le bas-ventre. Quelques-unes sont devenues enceintes. Au début, la grossesse est pareille à une grossesse normale ; mais elle s'interrompt souvent quinze jours, trois semaines avant le terme. Les malades ayant le col amputé présentent à l'examen, vers la fin du huitième ou au commencement du neuvième mois de la grossesse, un col effacé comme les primipares au début du travail. Dans un seul cas la malade est arrivée au terme, ce qu'il faut attribuer à une cicatrice excessivement résistante qui a rendu l'accouchement très laborieux.

Se basant sur son expérience personnelle au point de vue obstétrical, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° l'amputation du col n'empêche pas la grossesse, mais elle diminue les chances de la conception ; 2° dans la première moitié de la grossesse, l'avortement est aussi fréquent que dans les déchirures profondes ; 3° le dernier mois de la grossesse se complique de fausses douleurs et, enfin, la grossesse arrive rarement au terme.

Pour expliquer les brillants résultats que l'opération donne au point de vue thérapeutique, l'auteur se demande s'il ne faut pas les attribuer à ce que l'organe malade se vide de sang ; de cette manière les fibres musculaires restées intactes se contractent fortement, et les autres subissent la dégénérescence et se résorbent.

Mais, tant qu'on ne saura pas si l'utérus est pâle ou rouge dans les métrites chroniques, l'explication ne pourra pas être définitive. M. R.

Un cas d'opération césarienne, par V. P. Bachkoff. *Wratch*, 1899, p. 1033.

Paysanne de 27 ans, quatrième grossesse à terme ; opération césarienne, guérison, enfant vivant. Une première grossesse, arrivée à terme, a été terminée par la basiotripsie ; la deuxième, par l'accouchement provoqué à sept mois ; la troisième, encore par la basiotripsie ; enfin à la quatrième, la césarienne fut décidée et acceptée afin de conserver l'enfant et de pratiquer la castration, qui ne fut d'ailleurs pas faite. L'opération fut faite environ 40 heures après le début du travail, à l'hôpital communal, dans une installation très sommaire ; l'utérus, sectionné sur la ligne médiane, dans toute sa hauteur, fut suturé après l'extraction de l'enfant et du placenta sans que la ligature élastique ait été nécessaire ; un drain fut laissé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, en pré-

vision d'une infection très vraisemblable vu les conditions opératoires; elle se manifesta en effet, quoique bénigne et la guérison fut complète au bout de vingt jours. L'enfant, née en parfait état de santé, fut ramenée au village et alimentée artificiellement, car la montée de lait ne se fit chez la mère qu'au bout de dix jours; l'allaitement au sein, essayé au bout de trois semaines, lorsque la mère fut rentrée, fut abandonné rapidement car l'enfant ne l'accepta pas très bien d'abord et l'on craignit de la rendre malade; elle succomba à l'âge de 4 mois à des troubles digestifs.

La santé de la mère, revue cinq mois après l'opération, ne laissait rien à désirer. M. N. W.

Un cas d'ovarite purulente, par le Dr V. N. Orloff. *Wratch*, 1899, p. 1073.

Femme de 24 ans, malade depuis un an, à la suite de son premier accouchement; une tumeur douloureuse occupe le côté droit du ventre et l'examen bimanuel fait reconnaître que cette tumeur est constituée par l'ovaire droit seul, la trompe du même côté étant de volume normal, l'utérus et les annexes gauches de même. L'état général, les accès de fièvre indiquaient la nature purulente de la tumeur.

L'ovariotomie confirma le diagnostic, aussi la tumeur fut-elle enlevée seule; elle se rompit au cours de la séparation des adhérences et laissa écouler un pus épais et vert; la période post-opératoire fut légèrement fébrile et se termina par une guérison parfaite. Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agissait dans ce cas d'abcès multiples de l'ovaire, les uns isolés les autres communiquant par deux ou trois; aucun micro-organisme n'a pu être décelé ni directement, ni par les cultures. M. N. W.

BIBLIOGRAPHIE

Comptes rendus de la huitième réunion de la Société allemande de Gynécologie (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie), publiés par Olshausen et Pfannenstiel. Breitkopf et Härtel, éditeurs, Leipzig, 1899.

Comme toujours, ce volume est intéressant par le grand nombre de

communications qu'il contient. A côté des grandes discussions sur le traitement des myômes (Zweifel, Rosthorn, Olshausen, Amann, Werth, Winternitz, L. Landau, Martin, Küstner, Czempin, Skutsch, Gottschalk, Fehling, Schauta, Chrobak, Dührssen, Wertheim, Hofmeier, Veit, Fritsch, Thorn, Theilhaber, Bumm, Broese, Schatz, Mackenrodt, Löhlein), sur la fièvre puerpérale (Ahlfeld, Bumm, Döderlein, Franz, Fehling, Olshausen, Lindenthal, Krönig, Menge, Schauta, Prochownick, etc.), on trouve un grand nombre de communications sur les diverses questions qui peuvent intéresser le gynécologiste ou l'accoucheur, c'est dire que ce compte rendu, qui paraît tous les deux ans et résume les progrès de la gynécologie et de l'obstétrique allemande, mérite comme toujours d'être consulté par tous ceux qui désirent rester au courant de la science.

L'incision cruciale dans les cœliotomies (Ueber die Vortheile des suprasymphysären Fascienquerschnitts für die gynäkologischen Kœliotomien, zugleich ein Beitrag zu der Indikationsstellung der Operationswege), par J. Pfannenstiel. *Sammlung klinisch. Vortr.*, 1900.

Dans ce mémoire, Pfannenstiel conseille de substituer, à l'incision cruciale préconisée par Küstner, l'incision suivante :

A la limite des poils du pubis, dans le pli qui existe chez les personnes grasses, faire une incision légèrement curviligne à concavité supérieure, fendre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose antérieure dans une étendue de 8 à 9 centimètres.

Libérer avec un instrument mousse l'aponévrose sectionnée des pyramidaux et des droits sous-jacents dans une hauteur de 6 centimètres.

Faisant rétracter cette aponévrose en haut, séparer les deux muscles droits et inciser verticalement le péritoine.

Par cette manière de procéder, on a un double avantage :

1° Une cicatrice dissimulée, à la limite des poils.

2° Une cicatrice solide, la contraction des droits tendant à rapprocher les surfaces de section aponévrotique.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

QUELQUES RÉFLEXIONS
A PROPOS DE
DEUX CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS
ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

PAR MM.

Weiss, Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Schuhl, Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment à la Maternité de Nancy deux cas de rupture spontanée de l'utérus au cours du travail, et pu nous faire une opinion personnelle sur le traitement qu'il convient de diriger contre cette redoutable complication. A en juger d'après les livres classiques récents, il semble que, sauf complications primitives ou secondaires spéciales, l'expectation aidée des pratiques antiseptiques modernes soit indiquée dans la majeure partie des cas ; en d'autres termes, la laparotomie, qui avant l'emploi de l'antisepsie en obstétrique donnait cependant déjà 68 p. 100 de succès, a perdu une grande partie du terrain qu'elle avait gagné. Pour le dire immédiatement, notre conclusion est tout autre, au moins pour les ruptures complètes, et nous estimons que l'ouverture du ventre s'impose presque toujours, fût-ce à titre de simple exploration et sans préjuger des opérations complémentaires qui peuvent devenir nécessaires.

Comme nous n'avons pas l'intention de faire ici toute l'histoire des ruptures utérines, nous bornons notre étude aux faits où l'*extraction du fœtus a pu se faire par les voies naturelles*. C'est, en effet, la première indication qui se pose à l'accoucheur que celle d'extraire l'enfant le plus rapidement possible par la

version, le forceps ou l'embryotomie ; si l'accouchement par les voies naturelles est impossible pour une cause ou une autre, tout le monde est d'accord, il faut recourir à la laparotomie dans le double but d'abord d'extraire le fœtus et secondairement de traiter la rupture. Chez nos deux malades l'extraction par le vagin a pu se faire rapidement, mais il restait à s'occuper de la rupture ; c'est là le point spécial que nous désirons examiner.

Voici d'abord les deux observations que nous avons pu recueillir à quelques semaines d'intervalle :

Obs. I. — Le 14 septembre 1899, à 8 heures du soir, on amène à la Maternité Mme K..., âgée de 41 ans, qui est enceinte pour la neuvième fois. Les renseignements qu'elle donne sont les suivants : elle a été menstruée régulièrement depuis l'âge de 14 ans ; son premier accouchement eut lieu il y a dix-neuf ans ; les 8 accouchements ont tous été normaux et n'ont nécessité aucune intervention.

Sa grossesse actuelle est à son terme normal ; en effet, les dernières règles ont duré du 1er au 6 décembre 1898.

Le travail a commencé le 14 septembre, à 10 heures du matin. A 4 heures du soir, la poche des eaux s'est rompue spontanément. A 6 heures, la sage-femme qui se trouvait auprès de la parturiente remarqua un léger suintement sanguin par les parties génitales ; en même temps l'abdomen devint plus douloureux.

L'examen de la parturiente, à son arrivée à la Maternité, permet de constater que le fœtus se présente par le sommet en O. I. D. T. ; la tête fœtale non engagée est recouverte d'une volumineuse bosse sanguine. L'orifice utérin incomplètement dilaté a les dimensions d'une paume de main ; la lèvre antérieure du col est légèrement œdématiée. On n'entend aucun battement fœtal. La parturiente n'a plus senti remuer son enfant depuis vingt-quatre heures avant le début du travail.

Les contractions utérines continuèrent à être normales jusqu'à 11 heures du soir. A ce moment, la femme perdit environ 300 grammes de sang par les parties génitales. Après cette perte, il ne s'est plus produit, pendant le reste de la nuit, qu'un suintement sanguin peu abondant.

Les contractions utérines ont complètement disparu à partir de 11 heures du soir.

Je vois la parturiente pour la première fois le 15 septembre, à 9 heures du matin.

Les renseignement précédents, l'hémorrhagie suivie de la disparition des contractions utérines me firent immédiatement penser à la probabilité d'une rupture utérine. A l'appui de ce diagnostic vient encore s'ajouter un autre symptôme : la présence d'un léger empâtement à droite de l'utérus, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, avec matité à ce niveau.

Mais l'état général excellent de la femme me fait espérer que peut-être ce diagnostic n'est pas exact. En effet, le pouls est ample, peu fréquent (84 par minute) ; la température est normale ; il n'y a pas de dyspnée, le facies n'est pas altéré.

Le volume du ventre n'est pas exagéré ; l'utérus a une forme normale, est sensible sur toute sa surface. Au niveau de son fond on constate à la percussion une zone de sonorité qui fait penser à la présence de gaz qui se seraient développés dans l'utérus à la suite de la mort du fœtus. La situation du fœtus est la même que la veille. L'orifice utérin est complètement dilaté. En arrière de la tête, au niveau de l'aileron droit du sacrum, se trouve un petit membre du fœtus et une anse du cordon qui ne présente plus de battement.

Je me propose de terminer l'accouchement par une basiotripsie. Mais la pointe du perforateur est émoussée et ne peut être introduite dans le crâne. Comme la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, je me décide à faire la version podalique. La main droite est introduite dans l'utérus et, dès qu'elle a traversé l'orifice utérin, elle sent du côté gauche et en avant une large déchirure complète de la matrice. Un pied du fœtus est saisi, amené à la vulve et l'évolution se fait facilement. Mais l'extraction du tronc est difficile parce que le fœtus est volumineux. La tête s'engage dans le bassin sans nécessiter de grands efforts ; son passage à travers le détroit inférieur est pénible.

Immédiatement après l'extraction du fœtus, une main introduite dans l'utérus extrait le délivre qui est en partie dans la cavité péritonéale.

La déchirure de l'utérus a une direction transversale, occupe toute la paroi antérieure et le côté gauche du segment inférieur, de sorte que c'est en arrière seulement que le col est encore uni au corps utérin.

Le fœtus, du sexe masculin, pèse 4,300 grammes, a une taille de 57 centimètres. Son diamètre bipariétal mesure 9 centim. 3/4. L'épiderme au niveau des membres est facilement séparé du derme. Le placenta pèse 900 grammes.

Le début de macération du fœtus dont la mort semble s'être produite 48 heures environ avant la terminaison de l'accouchement, l'intervalle

assez long qui s'est écoulé depuis le moment de la rupture de la poche des eaux jusqu'à l'extraction du fœtus me font craindre que l'utérus soit infecté et me paraissent nécessiter l'hystérectomie abdominale. Une autre indication de cette opération se trouve dans la grande étendue de la déchirure utérine. Je prie M. le professeur agrégé André de vouloir bien pratiquer cette hystérectomie.

La malade est chloroformée à 11 heures 1/2 du matin. Après les précautions antiseptiques habituelles, la paroi abdominale est incisée. Un liquide sanguinolent s'écoule de la cavité péritonéale. On reconnait, ce que le toucher avait déjà montré immédiatement après l'accouchement, que la déchirure a une direction transversale, siège sur le segment inférieur de l'utérus et occupe toute la paroi antérieure et le bord gauche de cet organe. Sur la paroi antérieure de l'utérus, le péritoine est décollé sur une hauteur de 7 centimètres environ ; le lambeau péritonéal décollé est inséré sur la lèvre inférieure de la plaie utérine. Les bords de la plaie sont contus, irréguliers. Le ligament large du côté droit est œdématié.

Deux pinces sont appliquées sur ce ligament, qui est sectionné entre elles ; la même manœuvre est exécutée pour le ligament large gauche. Un lambeau péritonéal est taillé sur la paroi postérieure de l'utérus et le col incisé en arrière, au niveau de l'insertion du vagin. Après pincement des artères utérines, l'utérus est enlevé. M. André résèque la partie du segment inférieur qui est décollé du péritoine et après avoir placé les ligatures et fait le drainage vaginal à l'aide de gaze aseptique, il suture le péritoine pelvien en utilisant pour cette suture, comme lambeau antérieur, la partie du péritoine qui s'était décollée de l'utérus au moment de la déchirure. La cavité péritonéale qui contient du liquide sanguinolent est lavée à l'eau distillée stérilisée ; on retire de la partie supérieure de la cavité abdominale plusieurs caillots noirâtres qui paraissent mélangés à du méconium. Le péritoine est fortement injecté. Après drainage abdominal, la paroi abdominale est suturée.

Immédiatement après l'opération, la température est de 37°,2, le pouls à 120. Le soir, l'état général est bon, mais le ventre est douloureux et un peu ballonné. On fait une injection hypodermique de 500 grammes de sérum artificiel. Pendant la nuit, l'opérée est agitée.

Le 16 septembre, la température est, le matin de 37°,2, le pouls à 104. Le ballonnement du ventre persiste ; il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus. Le soir, température 37° pouls 100. Les urines sont peu

abondantes, troubles et sanguinolentes. On fait une injection de morphine pour calmer les douleurs abdominales.

Le 17 septembre, le matin, température 38°,6, pouls 120. Le ballonnement abdominal a augmenté. A partir de midi, le pouls s'accélère, monte à 150 et devient très petit. Du délire apparaît vers 4 heures 1/2 et la femme succombe à 5 h. 15.

A l'autopsie, on trouve des lésions de péritonite généralisée. Il y a peu de liquide dans le ventre. Les sutures ont bien tenu. L'examen bactériologique du liquide péritonéal révèle des staphylocoques et des streptocoques.

Obs. II. — Mme M..., âgée de 38 ans, habituellement bien réglée, enceinte pour la cinquième fois, entre à la Maternité le 9 octobre 1899. Son premier accouchement, il y a huit ans, a duré pendant deux jours et s'est terminé par l'expulsion d'un enfant vivant. Le deuxième accouchement eut lieu l'année suivante et fut facile. Lors du troisième accouchement, l'enfant se présenta par le siège et succomba pendant le travail. A la fin de la quatrième grossesse, la femme est venue à la Maternité où l'on a consaté un léger rétrécissement du bassin (le diamètre sacro sous-pubien mesure 10c,8). Malgré ce rétrécissement, l'expulsion du fœtus placé en O. I. G. T. fut facile ; l'enfant pesait 3,550 grammes et son diamètre bipariétal était de 9 cent. un quart.

La grossesse actuelle paraît être à son terme normal. Les dernières règles ont eu lieu du 8 au 11 janvier 1899. Le travail commença le 8 octobre, vers 10 heures du matin. Une sage-femme, appelée à 8 heures du soir, trouva l'orifice utérin dilaté comme une pièce de 2 francs. A 11 heures du soir, les membranes se rompirent spontanément alors que la dilatation était presque complète. Peu de temps après cette rupture, la sage-femme constata une contracture de l'orifice utérin et vers minuit, comme la parturiente avait des syncopes, comme son état général devenait mauvais, elle fit appeler un médecin. Celui-ci trouva une contracture du col utérin, un pied du fœtus engagé dans le vagin et une procidence du cordon ombilical qui présentait encore de faibles battements. Après avoir pratiqué une injection d'éther, il fit transporter la parturiente à la Maternité, où elle arriva à 4 heures du matin.

La sage-femme en chef de la Maternité, Mlle Solmon, fit le diagnostic de rupture utérine et fit, à cause de l'état alarmant de la malade, une nouvelle injection d'éther.

Je vois la parturiente à 4 heures et demie du matin. Elle est

très pâle ; ses traits sont tirés ; le pouls, petit, est à 140 par minute. La respiration est fréquente. Par la palpation, on trouve dans l'abdomen une tumeur dont l'extrémité supérieure est à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui paraît être l'utérus gravide. Cette tumeur présente au niveau de son fond une dépression sur la ligne médiane ; à droite de cette dépression la tumeur est assez molle ; au contraire, à gauche de la dépression, elle est dure et formée par la tête fœtale qui est très superficielle. En dehors du bord gauche de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, on trouve une saillie, de consistance molle, mate à la percussion. Les contractions utérines sont fréquentes. Le cordon ombilical, dans lequel on ne sent plus de battements, pend hors du vagin. La dilatation de l'orifice utérin est complète ; le siège du fœtus est fixé au niveau du détroit supérieur et les deux pieds sont dans l'excavation. Le placenta est senti au niveau de l'orifice utérin, à droite et en arrière. Il ne s'écoule pas de sang par le vagin.

Immédiatement après avoir examiné la parturiente, je pratique l'extraction du fœtus en exerçant des tractions sur les deux pieds. Cette extraction ne présenta de difficultés que pour la tête, à laquelle il fallait imprimer un mouvement de rotation parce que le menton était dirigé en avant et à droite. Le placenta fut expulsé immédiatement après le dégagement de la tête ; la matrice s'est bien rétractée. Pendant la délivrance, la femme perdit à peine 200 grammes de sang.

Après l'accouchement, une main introduite dans l'utérus reconnaît sur le bord gauche de la matrice une déchirure complète, longitudinale, remontant jusqu'à la corne gauche ; la portion vaginale du col paraît intacte. On tamponne à la gaze iodoformée la plaie utérine, l'utérus et le vagin et on comprime l'abdomen au moyen d'un bandage de corps. Une injection hypodermique de 500 grammes de sérum artificiel est ensuite pratiquée.

Je fais préparer ce qui est nécessaire pour une laparotomie et je prie mon maître, M. le professeur Weiss, de voir la malade et de me prêter son concours. Nous décidons de pratiquer l'opération de Porro que nous commençons à 8 heures.

Après incision de la paroi abdominale, on trouve environ un litre de sang épanché dans la cavité péritonéale et on constate une déchirure complète de l'utérus, s'étendant sur presque toute la hauteur du bord gauche de cet organe.

Les bords cette déchirure sont irréguliers. Elle se prolonge en dehors

de la matrice, sur le péritoine qui tapisse la fosse iliaque gauche ; la rupture du péritoine au niveau de cette fosse iliaque a une longueur de 15 centimètres environ et se dirige en haut et en arrière vers la région rénale. Du sang s'écoule par cette déchirure péritonéale. Sur le segment inférieur de l'utérus, le péritoine est décollé par un vaste épanchement sanguin, qui est plus volumineux sur la face antérieure que sur la face postérieure de la matrice.

Un tube de caoutchouc est appliqué sur le segment inférieur de l'utérus ; puis la plaie péritonéale de la fosse iliaque est suturée. Quelques points de suture sont également placés sur la partie inférieure de la plaie utérine, au-dessous du lien élastique. Deux broches d'acier sont ensuite placées au-dessus du tube de caoutchouc et après amputation de la matrice, après cautérisation de la surface du moignon au thermocautère, on procède à la toilette du péritoine, dont on retire de nombreux caillots qui sont surtout abondants près du diaphragme. Deux mèches de gaze iodoformée sont placées, l'une dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre à gauche du pédicule utérin, vers la fosse iliaque gauche, et la cavité abdominale est fermée par deux plans de sutures.

Dans la journée, on fait à l'opérée une deuxième injection de 500 grammes de sérum artificiel. La température est le soir de 38° et le pouls est à 140. Elle se plaint de vives douleurs abdominales qui nécessitent une injection de morphine.

Le lendemain de l'opération, le 10 octobre, T. matin 38°,9, soir 37°,8 ; P. matin 140, soir 150. On trouve le ventre un peu ballonné ; mais le facies est bon, la malade urine spontanément. On injecte 250 grammes de sérum matin et soir.

Le 11 octobre, le matin, T. 38°,2, P. 118 ; le soir, T. 38°,2, P. 110.

La malade rend des gaz par l'anus ; on lui continue les injections de sérum.

Le 12, le matin, T. 38°,5, P. 115 ; le soir, T. 38°,5, P. 108. Le ballonnement a diminué. On donne dans la journée deux lavements qui ne produisent pas de selle. Le soir, l'opérée prend 40 centigrammes de calomel.

Le 23, la malade a une garde-robe ; le météorisme a disparu. Le premier pansement est fait le 13 octobre ; on renouvelle ensuite le pansement chaque jour.

La température est restée élevée jusqu'au 27 octobre et jusqu'à cette époque elle a, en général, oscillé entre 38°,6 et 37°,6. Le nombre des

pulsations a été de 120 environ par minute jusqu'au 25 octobre, puis est devenu inférieur à 100.

Le 17, on constate dans la fosse iliaque gauche une masse indurée, mate à la percussion. Le même jour, un liquide noirâtre s'écoule par le vagin. Le toucher vaginal montre que la portion vaginale du col est normale ; l'orifice externe du col permet à peine l'introduction du doigt, les culs-de-sac du vagin sont normaux. La tuméfaction de la fosse iliaque gauche, due très probablement à un épanchement sanguin, diminua les jours suivants, mais ne disparut qu'au bout d'une quinzaine de jours.

Le pédicule utérin est tombé le 28 octobre et l'opérée, entièrement guérie, a quitté la Maternité, à la fin du mois de décembre.

Il est un fait qui nous a beaucoup frappés dans les deux cas précédents, c'est la gravité des lésions profondes révélées par la laparotomie du côté de la cavité abdominale. Sans doute, l'introduction de la main dans la cavité utérine nous avait révélé l'existence de la rupture et permis d'établir son siège et son étendue ; mais elle ne nous avait renseignés ni sur l'importance de l'épanchement abdominal, ni sur l'existence de lésions péri-utérines. Or c'est là une notion de la plus haute importance et dont la gravité n'échappera à personne. Si, en effet, l'on peut concevoir qu'une déchirure bien limitée avec un épanchement sanguin modéré puisse guérir par le drainage et l'antisepsie utérine, les conditions sont toutes différentes si l'on admet que les lésions se propagent au loin et que le sang ait envahi toute la cavité péritonéale. Il suffit d'avoir quelque expérience de la chirurgie abdominale, pour savoir que ce sont là des conditions favorables à l'infection péritonéale, infection que l'on peut souvent prévenir et rarement guérir.

Chez la malade de l'obs. I, il y avait un vaste épanchement péri-utérin, mélangé de caillots et de méconium ; de plus, un décollement considérable du péritoine de la face antérieure de la matrice faisant une sorte de lambeau flottant assez long pour avoir pu recouvrir ultérieurement le moignon utérin ; enfin le ligament large droit était également le siège de lésions sérieuses.

Chez celle de l'obs. II, ces lésions étaient plus accentuées encore, ce que rien n'avait pu faire prévoir avant l'ouverture de la cavité abdominale. La rupture du bord gauche de l'utérus se prolongeait sous la forme d'une déchirure péritonéale de 15 centimètres de long, allant jusqu'au rein et laissant encore couler du sang. Toute la séreuse était remplie de caillots et de sang liquide, qu'on pouvait estimer à plus d'un litre, accumulés surtout à droite, sous le foie et le diaphragme. Il nous a fallu près d'un quart d'heure pour l'éponger et faire la toilette complète du péritoine.

En présence de lésions pareilles, nous nous serions fait les plus graves reproches d'avoir suivi les errements préconisés par certains accoucheurs abstentionnistes, bien que la malade de l'obs. n° I ait malheureusement succombé. Du reste, chez elle, il faut incriminer moins l'opération que l'infection utérine due à la mort du fœtus, datant de 48 heures au moment de l'intervention, et ce fait plaide plutôt en faveur que contre la thèse que nous soutenons.

En résumé, de pareils faits nous paraissent démontrer l'utilité absolue de la laparotomie dans les ruptures complètes de l'utérus, car nul autre mode de traitement ne permettrait de reconnaître exactement et de traiter aussi utilement les lésions péri-utérines et ne pourrait débarrasser le péritoine du sang liquide, des caillots, des corps étrangers (méconium, matière sébacée), qui sont susceptibles de l'infecter.

En énonçant cette proposition, nous sommes en désaccord avec nombre d'accoucheurs dont les uns préconisent l'abstention et les autres l'intervention par le vagin. Voyons sommairement leurs arguments.

Les non-interventionnistes qui se contentent du drainage préconisé par Frommel, des injections antiseptiques intra-utérines recommandées par Tarnier et Pajot, ou encore du tamponnement intra-utérin de Dührssen, se basent sur des faits indubitables de guérisons obtenues par ces méthodes simples et à la portée des plus modestes praticiens. A cet égard,

Merz (1), dans un important travail, a pu rassembler 181 cas de ruptures complètes de l'utérus dont 117 au moins n'ont pas été traitées par la laparotomie. Sur ces 117 malades, il y eut 37 guérisons. Le drainage de la déchirure, le tamponnement intra-utérin ont particulièrement donné de bons résultats et permis d'obtenir 24 guérisons pour 42 cas.

Ce sont là des succès que nous ne songeons pas à nier ; mais malgré le fait extraordinaire de Frommel où la guérison survint, bien que le fœtus ait séjourné six heures dans la cavité péritonéale, nous pensons qu'on ne peut compter sur un résultat aussi favorable que dans les petites déchirures sans épanchement sérieux dans le péritoine. Les statistiques renferment si souvent des faits disparates, qu'elles perdent de leur valeur. L'un de nous, consulté il y a 2 ans par M. le professeur Herrgott sur un cas de déchirure de l'utérus, put reconnaître une rupture partielle du muscle utérin, sans pouvoir affirmer l'existence d'une déchirure péritonéale ; il conseilla le drainage et la malade guérit, mais il n'eût pas hésité à conseiller la laparotomie si la communication intra-péritonéale avait été certaine.

Le point faible des non-interventionnistes, c'est qu'ils réservent la laparotomie pour le cas où il y a envahissement de liquides septiques dans la cavité péritonéale ; or, le moment précis de cette pénétration n'est pas facile à déterminer et quand la péritonite est manifeste, l'intervention risque fort d'être tardive.

A côté de ceux qui s'abstiennent, il y a des accoucheurs qui interviennent par la voie vaginale, tantôt pour pratiquer la suture, tantôt pour enlever tout l'organe.

La suture, excellente en principe, ne répond certainement pas à toutes les exigences de la chirurgie et de l'antisepsie. Tarnier la repousse à juste titre, en raison des difficultés de son exécution.

L'hystérectomie vaginale, au contraire, se présente sous un jour plus favorable. Proposée par Fehling (2), elle a été

(1) *Archiv. f. Gynæk.*, 1894, Bd XLV, p. 181.

(2) VIe *Congrès de la Soc. allem. de gynécologie*. Vienne, 1895.

pratiquée, en 1894, par Neugebauer (1) sur une femme agonisante, douze heures après la rupture ; cette femme succomba vingt minutes après l'opération. Deux malades opérées par Chrobak (2) et Solowij (3) moururent également. Mais Dührssen (4), Winter (5), Iwanow (6) obtinrent chacun un succès par l'hystérectomie vaginale.

Dans le cas de Winter, le fœtus avait complètement pénétré dans la cavité péritonéale. Aussi l'opérateur fit-il d'abord la laparotomie pour extraire le fœtus et le placenta; ce n'est qu'après la suture de la paroi abdominale, et sans avoir fait la toilette du péritoine, qu'il pratiqua l'hystérectomie vaginale. Fritsch (7) trouve, à l'ablation par le vagin, plusieurs avantages :

Par cette opération, dit-il, les lésions du paramètre se voient mieux qu'au moyen de la laparotomie; si, après avoir décollé la vessie, on la refoule à l'aide d'une valve, on évite sûrement les uretères ; enfin, l'abaissement de l'utérus fait cesser l'hémorrhagie. Aussi est-il d'avis que, si l'hémorrhagie continue après l'extraction du fœtus par le vagin, l'hystérectomie vaginale est plus rationnelle qu'une opération abdominale.

Iwanow fait encore remarquer, en faveur de l'ablation par le vagin, que le drainage vaginal est préférable au drainage abdomino-vaginal ; qu'il permet un écoulement plus facile des liquides et peut être changé plus souvent ; qu'enfin l'hystérectomie vaginale, ne nécessitant pas un matériel spécial, peut facilement être exécutée dans la clientèle privée, où se produisent la plupart des cas de ruptures utérines.

Les arguments de Fritsch et d'Iwanow sont loin de nous convaincre et nous pensons, au contraire, que les avantages qu'ils

---

(1) *Idem* et *Zeitschrift f. Geburts. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, p. 541.

(2) *Zeitschrift f. Geburt. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXIX, p. 541.

(3) *Centralblatt f. Gynæk.*, 1899, n° 13, p. 345.

(4) *Zeitschrift f. Geburt. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, p. 541.

(5) *Centralb. f. Gynæk.*, 1898, p. 509.

(6) *Centralb. f. Gynæk.*, 1898, p. 33.

(7) *Centralb. f. Gynæk.*, 1898, n° 1.

reconnaissent à l'hystérectomie vaginale sont bien plutôt ceux de l'intervention abdominale.

Avec la position de Trendelenburg, quoi de plus simple que de se rendre compte, non seulement des désordres utérins, mais encore des dégâts péri-utérins, ou même des ruptures à distance comme celles que nous avons rencontrées ? Comment par le vagin, aller suturer un péritoine saignant jusque sous le rein, comme chez la malade de l'obs. II, enlever une masse de caillots sous le foie ou le diaphragme, ou pratiquer la cystorrhaphie et l'entérorrhaphie, comme Billroth et Villar ont été amenés à le faire ? Si, d'autre part, on préfère le drainage pelvien au drainage abdominal, quoi de plus facile que d'assurer l'écoulement des liquides en drainant le Douglas ou le vagin, suivant les cas.

Mais il y a mieux : la laparotomie, en permettant de constater *de visu* l'état de la déchirure utérine, permet de proportionner en quelque sorte la gravité de l'intervention à celle des désordres constatés. En effet, le ventre une fois ouvert, on peut, suivant les cas et aussi suivant ses préférences personnelles, pratiquer soit la suture simple des parois déchirées, soit l'hystérectomie supra-vaginale, soit l'hystérectomie abdominale totale.

Les indications de la suture de l'utérus ont été bien précisées par Maygrier et surtout par Merz, ce qui nous dispense d'insister. Cette opération est justifiée quand la déchirure ne s'accompagne pas de délabrements considérables et quand l'utérus n'est pas infecté ; elle s'exécutera avec les précautions usitées dans l'opération césarienne, c'est-à-dire en faisant un plan de sutures musculaires et un plan de fils séro-séreux.

Quand les lésions sont graves et multiples ; quand les points d'attache de l'utérus et, notamment, les ligaments larges sont déchirés ; lorsqu'il existe une hémorrhagie menaçante, l'ablation de l'utérus s'impose ; mais faut-il accorder la préférence à l'hystérectomie abdominale totale ou à l'amputation supra-vaginale ?

Pendant longtemps, cette dernière opération a été la seule méthode d'hystérectomie employée pour les ruptures utérines. Elle a été pratiquée pour la première fois en 1878, à Moscou,

par Oscar Prévot (1). Merz (2), en 1894, a réuni 15 cas, dont 8 guérisons. M. Maygrier (3), en 1898, arrive à un total de 39 cas avec 17 succès, c'est-à-dire 43,5 p. 100 de guérisons.

L'amélioration des résultats obtenus par les chirurgiens, depuis qu'on a substitué l'hystérectomie abdominale totale à l'amputation supra-vaginale, devait avoir pour conséquence l'emploi de l'hystérectomie totale pour les déchirures. M. Maygrier (4) a réuni 7 cas de ruptures où l'on a eu recours à cette opération ; il y eut 3 guérisons et 4 morts. Le premier cas, qui date de 1890, a été rapporté par Krajewski, qui a pratiqué trois fois cette hystérectomie; Gromadzki a opéré 2 malades ; Natanson et Jasinski ont chacun fait, une fois, cette opération. Nos recherches bibliographiques nous ont permis de réunir 6 autres observations; 1 d'Orthmann (5), 2 de Jurinka (6), 1 de Wehle (7), 1 de Pestalozza (8) et un cas de Delagénière (9); 3 de ces 6 opérées ont guéri. Dans le cas de Wehle, qui s'est terminé par la mort, la laparotomie ne fut pratiquée que quarante-huit heures après l'accouchement. Chez la malade qui a été opérée par Delagénière et qui a également succombé, l'hystérectomie ne fut faite que vingt-deux heures environ après l'extraction du fœtus. En ajoutant ces 6 cas à ceux de la statistique de M. Maygrier, nous trouvons 46,15 p. 100 de guérisons.

Quoique, d'après ces chiffres, les suites de cette opération semblent un peu plus favorables que celles de l'amputation supra-vaginale, l'hystérectomie abdominale totale est plus rarement indiquée dans les cas de rupture utérine que l'hystérectomie partielle. En effet, le shock, l'hémorrhagie qui accompa-

---

(1) *Annales de Gynécologie*, février 1886, p. 91.
(2) *Loc. cit.*
(3) TARNIER et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, t. III, p. 538.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Centralb. f. Gynäk.*, 1898, n° 9, p. 240.
(6) *Centralb. f. Gynäk.*, 1898, n° 20, p. 551.
(7) *Centralb. f. Gynäk.*, 1899, n° 14, p. 383.
(8) *L'Obstétrique*, 1899, p. 174.
(9) *Annales de gynécologie*, février 1900, p. 88.

gnent les déchirures de la matrice déterminent le plus souvent, ainsi que cela s'est produit dans notre deuxième observation, des accidents généraux graves qui forceront le chirurgien à choisir l'opération dont la durée est la plus courte et qui risque le moins d'augmenter le shock. A ce point de vue l'amputation supra-vaginale est préférable à l'ablation totale, et ce n'est que dans les cas où l'état général est resté bon que cette dernière opération pourra être préférée.

L'hystérectomie totale sera surtout indiquée si, comme dans notre première observation, la déchirure siège trop bas pour qu'on puisse, après l'hystérectomie supra-vaginale, fixer le pédicule à la paroi abdominale. Mais même dans ce cas, si l'état général est mauvais, l'opérateur devra se résigner à faire l'amputation supra-vaginale et abandonner le pédicule dans le ventre.

Conclusions.

Nous croyons pouvoir résumer, ainsi qu'il suit, les conclusions qui nous paraissent découler de ce travail :

En présence des signes d'une rupture complète de l'utérus survenue au cours du travail, il convient de terminer aussi rapidement que possible l'accouchement par les voies naturelles. On s'assurera ensuite, par le toucher intra-utérin, du siège et surtout de l'étendue de la rupture, et on recherchera du côté de l'abdomen les signes qui pourront traduire l'existence d'un épanchement intra-péritonéal. Si la rupture est très étroite, on sera en droit de temporiser si l'on n'est pas familiarisé avec la pratique de la chirurgie abdominale ; mais, pour notre part, nous n'hésiterions pas, dans ce cas, et à fortiori dans les déchirures larges, à pratiquer la laparotomie. Si les lésions sont très limitées, la suture en sera rapidement faite ; les risques opératoires dans des cas pareils sont réduits au minimum, et l'ouverture aseptique de la cavité abdominale ajoute peu de chose à la gravité du cas, tout en ayant l'avantage de faire découvrir parfois des lésions plus étendues que celles que l'on était en droit de supposer.

Si les désordres sont graves, c'est à l'hystérectomie supravaginale que nous aurions recours de préférence, parce qu'elle est plus rapide, parce qu'elle permet d'arrêter presque instantanément une hémorrhagie menaçante et qu'elle est certainement suivie d'un choc moins intense que l'hystérectomie abdominale totale.

Cette dernière opération doit être réservée aux cas où la lésion siège trop bas pour que l'on puisse fixer le pédicule dans la plaie, et encore faut-il que les accidents généraux ne soient pas trop pressants : sinon, il vaut mieux abandonner le pédicule dans le ventre en faisant un drainage convenable. Nous devons, cependant, ajouter qu'avec la pratique que nous possédons actuellement de l'hystérectomie totale ou subtotale, nous ne nous résoudrions à cette dernière alternative qu'en désespoir de cause et si l'état général de la malade ne permettait pas les manœuvres prolongées de l'ablation totale de l'utérus.

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Par le Dr A. Fraikin,
Ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux,
Médecin résidant de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

L'étude des ovarites est de date presque contemporaine. Chéreau en France (1844), Tilt en Angleterre (1850) ont les premiers appelé l'attention sur les inflammations de l'ovaire. Rokitansky, en 1855, signala la transformation kystique des follicules. Mais c'est, en somme, à Battey, Hegar, Cruveilhier et Lawson Tait (1) que revient l'honneur d'avoir décrit avec détails les lésions des ovaires scléro-kystiques et fait les premiers essais thérapeutiques importants. Beigel, de Sinéty, Dalché (2) en 1885, Vallin (3) en 1887, Cornil et Terrillon (4) la même année, Monprofit (5) en 1888, effleurèrent ce sujet, mais s'occupèrent surtout des salpingo-ovarites prises en bloc, sans en démêler nettement la forme scléro-kystique.

Aussi est-ce véritablement avec les recherches anatomo-pathologiques de P. Petit (6) que la dégénérescence scléro-kystique des ovaires est mise en vedette et décrite isolément. Il serait injuste, cependant, d'omettre, quelque temps après, l'excellente thèse de Conzette (7), avec les descriptions histo-

---

(1) *Maladies des ovaires*, 1886, et *Maladies des femmes*.

(2) *De l'ovarite*. Thèse Paris, 1885.

(3) *Prolapsus des ovaires*. Thèse Paris, 1887.

(4) *Archives de physiologie*, novembre 1887.

(5) *Des salpingo-ovarites*. Thèse Paris.

(6) Lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. Arch. d'Obst. et Gynécol.*, 1891. Ovarite et kystes de l'ovaire. *Nouv. Arch. d'Obst. et Gynécol.*, 1888.

(7) *Ovaires à petits kystes*. Thèse Paris, 1890.

logiques de Pilliet et Rochon-Duvigneaud. D'ailleurs, Pilliet a repris (1), lui aussi, les études de P. Petit et les a un peu modifiées. Mais en ce qui concerne l'anatomie pathologique, si nous citons encore Rollin et Reymond, enfin Pozzi et Labadie-Lagrave et Legueu, qui, dans leurs *Traités*, n'accordent à cette affection qu'une description écourtée, nous aurons tout dit.

Si les recherches histologiques ont été abandonnées depuis 1890 (date où parurent les études de Petit et Pilliet), il n'en a pas été de même de la thérapeutique. Après les publications de Hegar et de Battey, et sous la vigoureuse, éloquente et tenace impulsion de L. Tait, les gynécologues pratiquèrent à outrance la castration; mais il y eut des déceptions très nombreuses et l'ovariectomie, par un de ces revirements si fréquents, tomba dans un discrédit aussi grand qu'avait été haut son apogée. C'est alors que sous l'influence de Martin (de Berlin), et surtout de Pozzi et ses élèves, le traitement conservateur fut mis en œuvre.

L'ovarite scléro-kystique est donc encore mal connue; elle n'est pas suffisamment dégagée de l'ensemble des ovarites. Jusqu'ici on l'a simplement envisagée comme une banale variété anatomique. Pour nous (2), elle est plus que cela. Il s'agit d'une véritable affection de l'ovaire causée par des phénomènes congestifs ou inflammatoires, consécutive, il est vrai, à d'autres lésions génitales, mais qui, une fois constituée, évolue progressivement pour son propre compte, amène dans le tissu ovarien des lésions profondes et occasionne des symptômes généraux et fonctionnels particuliers qui en permettent le diagnostic.

---

(1) Hémorrhagies des ovaires scléro-kystiques. *Annales de gynécologie*, nov. 1893. Etude anatomo-pathologique de l'ovarite scléro-kystique. *Gaz. hebdom. de méd. et chirurgie*, nov. 1890.

(2) Nos recherches ont porté sur l'examen histologique des ovaires et trompes de 24 malades différentes, et sur un ensemble de 80 observations cliniques, dont la plupart recueillies dans les services de nos maîtres, MM. les Professeurs Boursier et Demons.

Dr FRAIKIN. *Étude sur l'anatomie pathol. et la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique*, in *Gazette hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, août-septembre-octobre 1899, et *L'ovarite scléro-kystique*. Thèse de Bordeaux, novembre 1899.

Cette dégénérescence prend ainsi la valeur d'une entité morbide et on peut la définir : *une affection inflammatoire chronique de l'ovaire, succédant le plus souvent à la salpingite, et caractérisée anatomiquement par la sclérose primitive et par des microkystes folliculaires secondaires.*

Il va sans dire que cette définition, dont certains termes pourraient à première vue paraître trop catégoriques, s'expliquera et se légitimera au fur à mesure de cette étude.

Anatomie pathologique.

I. — **Étude macroscopique.** — 1° Ovaire. — L'ovaire peut demeurer dans sa situation normale à côté de l'utérus, ou bien il quitte la fossette ovarienne et tombe en prolapsus dans le

Fig. 1.

cul-de-sac de Douglas, y demeurant mobile ou au contraire s'y fixant par des adhérences. L'ovaire est toujours plus ou moins augmenté de volume; cette hypertrophie, qui tient plus aux kystes qu'à la sclérose, n'est d'ailleurs pas extrême. Et c'est là, outre le nombre et les caractères des kystes, un des signes qui le différencient de la maladie kystique de Pozzi. La glande peut arriver au volume d'une grosse mandarine, mais c'est à peu près le maximum.

Sa surface extérieure, portant quelquefois des adhérences, est irrégulière, mûriforme ; ces bosselures sont dues à la présence

de kystes, qui soulèvent par endroits la couche de revêtement; autant de kystes périphériques, autant de bosselures.

Sur une coupe médiane, l'aspect varie suivant le nombre des kystes. S'ils sont rares, le parenchyme se présente sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, formé par un feutrage de fibres entrecroisées; s'il sont nombreux, le stroma diminue et arrive quelquefois à constituer de simples travées squelettiques; la substance de l'ovaire est formée d'une série d'alvéoles, séparés par de minces cloisons.

Ces kystes, qui donnent à l'ovaire une apparence caverneuse, en ruche d'abeilles, ont un volume variable. Mais dans ce que l'on est convenu d'appeler l'ovaire scléro-kystique, ils ont toujours de petites dimensions; parfois microscopiques, ils ont souvent le diamètre d'un petit pois; ils dépassent très rarement la grosseur d'une noisette. Ils sont arrondis assez régulièrement, situés pour la plupart à la périphérie, formant à la surface de l'ovaire une tache transparente blanc bleuâtre, s'ils sont séreux, noirâtre, s'ils sont hématiques, très adhérents au stroma avoisinant et difficilement énucléables. Leur paroi est très mince et se rompt avec la plus grande facilité.

Le liquide contenu est rarement caséeux, le plus souvent séreux on bien hématique; celui-ci n'est jamais coagulé; il est toujours fluide.

2° Trompe. — Du côté de la trompe on trouve des lésions variables, unilatérales ou bilatérales (très fréquemment), mais presque toujours — et nous insisterons sur ce fait dans l'étude histologique — il y a des lésions. Quelquefois, ces lésions ne paraissent guère à l'œil nu; on croit la trompe saine, et seul le microscope la montre altérée; ou bien, au contraire, l'oviducte est volumineux, contourné sur lui-même, congestionné; les franges du pavillon enflammé ne sont plus nettement dentelées; elles sont agglutinées « comme une fleur de marguerite non épanouie » (Pozzi). On peut trouver, vers la partie externe, de petits kystes pédiculés qui n'ont d'ailleurs aucun rapport pathologique et histologique avec les kystes folliculaires.

Enfin il est une lésion intéressante, qui peut coexister avec

l'ovarite scléro-kystique et jouer peut-être un rôle étiologique, bien étudié par Richet, Devalz (1), P. Petit, Palmer Dudley (2), Coë (3) et que nous avons rencontrée chez une de nos malades : c'est le varicocèle pelvien.

II. — **Étude histologique.** — 1° Ovaire. — La couche périphérique peut être lésée ; pour P. Petit même, elle le serait d'une manière constante. Souvent sur une épaisseur variable suivant les cas, pouvant mesurer plusieurs millimètres, on trouve une bande de tissu scléreux dans la partie la plus externe de la zone corticale, mais cette lésion est très variable. Bien des fois, nous avons trouvé peu ou pas de sclérose périphérique alors que, d'autre part, l'ovaire était profondément atteint. Nous ne saurions donc admettre dans son absolutisme l'affirmation de certains auteurs qui prétendent que les lésions partent toujours de la périphérie, pour, de là, gagner le centre de l'organe.

Les lésions les plus constantes et les plus nettes sont celles de la couche ovigène. Les follicules sont diversement altérés. Beaucoup d'entre eux subissent l'atrophie. Enserrés par le tissu de sclérose, ils perdent leurs caractères et disparaissent. L'ovule n'existe plus ; le follicule atrophié n'est presque plus reconnaissable.

D'autres, au contraire, s'hypertrophient et deviennent des kystes. — Un kyste folliculaire, arrivé à son complet état de développement pathologique, ne représente plus qu'en partie la structure du follicule normal. L'ovule a complètement disparu, on n'en trouve plus traces. La membrane granuleuse elle-même est très altérée. Le nombre de ses couches de cellules a diminué ; elles sont repoussées excentriquement par la liquor folliculi et se tassent les unes contre les autres, se déformant réciproquement. En certains endroits, qui doivent correspondre aux restes du cumulus proliger, elles sont encore disposées sur deux ou trois couches, ou même plus ; ailleurs, elles sont ré-

(1) Thèse de Paris, 1858.

(2) *New-York med. Journal*, août 1888.

(3) *Americ. Journal of Obstet.*, mars 1889.

duites à une seule; par places même, elles font complètement défaut. Cette sorte de couche épithéliale, ou bien adhère partout à la paroi même du follicule ; ou bien par endroits elle perd contact, elle « gondole » ; ou bien même, rompue, elle flotte par ses extrémités libres dans la lumière de l'ovisac dégénéré à la manière d'un ruban.

Quant à la theca folliculi, aux tuniques du follicule, elles perdent en grande partie leur structure. La tunique lymphoïde de Slavjansky se confond peu à peu, en se tassant et en diminuant d'épaisseur, avec les couches fibreuse et cellulo-vasculaire, et finalement toutes les couches sont réunies dans un même tissu de sclérose formant une bande plus ou moins épaisse sur laquelle repose directement l'épithélium.

Entre le follicule sain, normal, mûr, à ovule bien net, et le follicule totalement altéré, il y a des stades évolutifs, des étapes qui ménagent la transition et marquent les degrés de la transformation pathologique. D'ailleurs, ces étapes sont difficiles à saisir, et il n'est pas aisé de reconnaître quand un follicule est sain, et quand il commence à devenir malade. Et les auteurs, comme Rollin, qui déclarent avoir saisi sur le vif ce processus de transformation, ne nous en démontrent pas bien nettement les divers états successifs.

Cependant, si on ne peut pas vérifier absolument la gradation pathologique, il est très simple de l'imaginer. L'ovule disparaît peu à peu, par manque de nutrition, et par l'augmentation du liquide. Les cellules de la membrane granuleuse se tassent, se compriment, et s'éloignent excentriquement. Elles forment des couches de moins en moins nombreuses et peuvent même finir par disparaître complètement en certains points chez les follicules kystiques au plus haut degré.

Le contenu des kystes est un liquide séreux, ou hématique. Le liquide séreux est transparent, fluide comme de l'eau, ou un peu épais. Il nous a été impossible d'étudier en détail ses caractères chimiques, car on l'obtient en trop faible quantité. Nous pouvons dire cependant qu'il est coagulable par la chaleur et surtout par l'alcool. C'est un liquide aseptique. Aussi bien à

l'examen microscopique direct que par les cultures, nous l'avons toujours trouvé exempt de microbes. Une seule fois, dans des ovaires kystiques récemment enflammés, il contenait des staphylocoques.

Au microscope, soit par l'examen simple, soit après colorations au picro-carmin en chambre humide, on reconnaît qu'il tient en suspension des cellules à contours irréguliers, renfermant des granulations graisseuses qui cachent le noyau : cellules dégénérées de la membrane granuleuse, et d'autres cellules, régulièrement arrondies, qui sont des leucocytes.

Le liquide hématique est toujours fluide, non coagulé. Ainsi que l'ont bien montré Rollin et Pilliet, il est produit par une hémorrhagie dans un follicule hydropique préexistant. Ces kystes hématiques se différencient donc des kystes ménorrhagiques décrits par Bœckel (1) formés par une hémorrhagie dans un follicule non kystique et dans lesquels le sang constitue un caillot.

Enfin, dans certains cas, selon Toupet, il s'agirait non d'hydropisie du follicule, mais d'hydropisie de l'ovule (Pozzi).

On conçoit qu'étant données ces diverses altérations des follicules il existe très peu d'ovisacs sains. Ils sont en effet excessivement rares, cependant, ils existent; un ovaire sclérokystique n'est pas fatalement stérile. Le fait est à retenir.

Étudions maintenant l'élément primordial du processus pathologique : la sclérose.

Elle se distingue histologiquement par la diminution ou l'absence des cellules allongées, fusiformes, du stroma ovarien normal, par son peu de vascularisation (oblitérations plastiques des vaisseaux); elle se présente sous l'aspect de fibres faisant feutrage, plus ou moins serrées, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a de l'œdème interstitiel. On trouve çà et là, dans ce tissu fibroïde, des amas de cellules embryonnaires et qui sont des produits inflammatoires, de la sclérose au début.

---

(1) Bœckel. Kystes ménorrhagiques de l'ovaire. *Gazette méd. de Strasbourg*, p. 1861.

Ce tissu de sclérose affecte dans sa disposition un mode particulier. Nous avons déjà indiqué qu'on en trouve, d'une manière non constante, à la périphérie, au niveau de l'albuginée. Un point où on est toujours certain de la rencontrer, c'est la région périfolliculaire. La zone fibro-scléreuse tantôt est assez épaisse et forme un large anneau continu qui enserre le follicule kystique ; tantôt elle n'existe que par lambeaux, avec

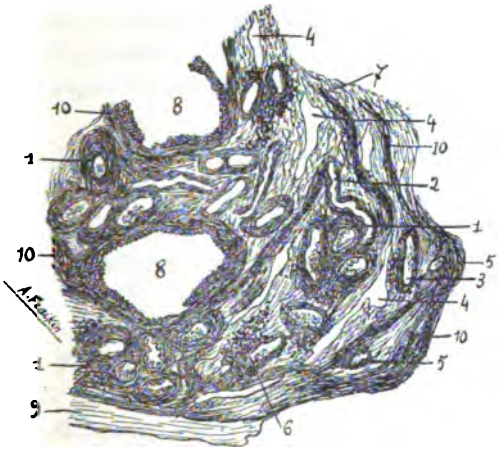


FIG. 2. — Ovaire scléro-kystique (préparation histologique).

1. Artères enflammées. — 2. Artère hélicine coupée longitudinalement. — 3. Veine. — 4. Ectasies lymphatiques. — 5. Follicules atrophiés. — 6. Cellules embryonnaires inflammatoires. — 7. Stroma normal. — 8. Kyste folliculaire. — 9. Séreuse péritonéale. — 10. Sclérose : périkystique, périvasculaire, périphérique, disséminée.

interruption de tissu sain; tantôt enfin elle forme de minces bandes qui, partant de la région périfolliculaire, se dirigent dans le stroma, où elles se perdent insensiblement. On peut voir aussi de la sclérose autour de certains corps jaunes retardés dans leur cicatrisation. Elle existe également dans la région bulbaire, et, à l'encontre de P. Petit, nous l'y avons trouvée très fréquemment. Enfin la sclérose peut être disséminée au centre du stroma sous forme de plaques ou de bandes étroites, de marbrures.

A titre de lésions accessoires, il faut signaler le retard de cicatrisation des corps jaunes qui peuvent même parfois devenir kystiques, et l'œdème du stroma, constituant quelquefois de larges lacunes, des pseudo-kystes.

D'autres lésions intéressantes sont celles qui portent sur les vaisseaux. Pour P. Petit, elles seraient loin d'être constantes et n'auraient pas une très grande valeur. Que ce soient les artères du bulbe ou les artères périfolliculaires, les lésions sont sensiblement les mêmes : ce sont des altérations d'endo-péri-artérite. Les veines, moins souvent touchées, peuvent présenter de la péri-phlébite. Les lymphatiques sont fréquemment dilatés sous forme de vacuoles.

Il nous reste à parler d'une question extrêmement importante : les altérations des fibres nerveuses. Il serait nécessaire d'être absolument fixé à leur sujet. En effet, le symptôme principal de l'ovarite scléreuse, c'est la douleur. Est-elle due aux lésions péri-ovariennes ? Est-elle due, ce qui est probable, aux lésions nerveuses ? Or, malheureusement même à l'état normal, la question des nerfs de l'ovaire est assez peu élucidée. Ce sont des fibres de Remak, difficilement décelables par les procédés actuels. M. A. Dixon Jones (1) a montré, dans une figure très nette, un filet nerveux « non medullated » enserré dans une bande de sclérose qu'il traverse, mais il se borne à indiquer la compression. Ce qui serait autrement intéressant, ce serait de savoir si l'on trouve ici la périnévrite consécutive à la compression des filets nerveux, décrite par Sawinoff, de Moscou, dans la salpingite parenchymateuse.

Malheureusement, ces recherches sont très difficiles. Nous les avons faites de deux manières. D'abord au niveau des troncs nerveux, à leur passage dans le hile ; dissection déjà très laborieuse sur un organe sain, et beaucoup plus difficile sur un organe malade, déformé. Sur plusieurs ovaires nous l'avons essayée en dissociant le hile et en examinant les débris de dissociation au microscope après action de l'acide osmique. Ces

(1) Removal of the uterine appendäges. *American Journal of Obstet.*, 1888.

recherches ont été négatives. Nos études sur les lésions des terminaisons nerveuses, intra-ovariennes (par les méthodes de Golgi et R. y Cajal, l'acide osmique, le chlorure d'or) n'ont pas eu plus de succès.

Ce que nous pouvons dire, c'est que les fibres nerveuses sont comprimées par le tissu de sclérose. Or, tout nerf comprimé (radial, dentaire inférieur, etc.) devient douloureux et provoque des névralgies. Rien de plus simple que d'expliquer ainsi les douleurs et leurs irradiations diverses dans l'ovarite scléro-kystique.

1° Trompe. — Dans tous les cas où nous avons pu examiner les trompes (18 fois sur 24 malades), elles étaient altérées. Ce sont des lésions de salpingite aiguë ou chronique (le plus souvent) à forme parenchymateuse hypertrophique végétante. Elles se présentent ici avec leurs caractères habituels, bien connus, sur lesquels il est inutile d'insister.

On a été assez longtemps avant de considérer la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire comme une maladie. Nagel, Olshausen, Ziegler, Léopold, regardent cet état comme physiologique. C'est là, à notre avis, une erreur. Même les ovaires scléro-kystiques non douloureux, que l'on trouve souvent à titre de découvertes de laparotomie pour fibromes, cancers, etc. (nous en avons examiné plusieurs) sont malades, car ils renferment toujours quelques lésions de sclérose plus ou moins accentuées. L'ovaire scléro-kystique est toujours un ovaire malade. Mais comment devient-il malade ? Quel est exactement le processus morbide ? C'est ce que nous devons maintenant rechercher.

Étiologie.

La dégénérescence scléro-kystique est extrêmement fréquente ; elle est de tous les âges : on en a vu chez l'enfant et chez les vieilles femmes ; cependant elle se montre surtout pendant la période d'activité génitale.

Elle reconnaît des causes déterminantes générales et locales. Elle succède rarement à une ovarite aiguë ; elle est presque

toujours chronique d'emblée. Les causes générales sont rares ; l'agent morbigène est alors amené dans l'ovaire par voie artérielle. L. Tait, Gallard, Dalché, ont observé des ovarites consécutives aux maladies exanthématiques, au rhumatisme, etc.

La congestion est un facteur important. Les menstruations, le varicocèle ovarien. les fibromes utérins, les grands kystes de l'ovaire et du parovaire sont autant de causes de congestions et par suite, d'après Martin, Truckmüller, L. Championnière, Pozzi, Roussan, Conzette, autant de causes d'ovarite sclérokystique.

Cependant, il nous semble que ce n'est pas là la cause principale; la lésion qui nous paraît jouer un rôle extrêmement important au point de vue étiologique, c'est la salpingite ; ceci n'est pas une vue de l'esprit, mais un fait que nous avons constaté pièces en main.

La salpingite peut se transmettre à l'ovaire et l'enflammer de diverses façons. Par contiguïté d'abord ; l'inflammation gagne le pavillon de la trompe et de là, par la frange ovarique, le pourtour de l'ovaire. Bien plus fréquente est la voie lymphatique. Ce qui le prouve, c'est que les lymphatiques sont toujours plus ou moins altérés dans les ovaires examinés. Presque tous les auteurs s'accordent sur ce point et nous avons nous-même retrouvé ces lésions sur nos préparations. Quant à ce qui ne passe ensuite, c'est le processus banal de toutes les inflammations. Il se fait une prolifération très active du tissu conjonctif sous forme de cellules embryonnaires ; celles-ci finissent par s'organiser en tissu adulte, fibreux, scléreux.

Reste une question, celle des vaisseaux. Quel est leur rôle dans l'évolution morbide? Leurs lésions ne nous paraissent pas être primitives, car elles ne sont pas constantes; nous croyons que dans la majorité des cas elles sont consécutives à la sclérose.

Ces causes reconnues, étudions maintenant la pathogénie.

Pathogénie et évolution des lésions.

Comment le follicule devient-il kystique ?

L'ovule perd son noyau et sa tache germinative, les cellules

de la masse granuleuse s'accumulent à la périphérie, formant la zone épithéliale; la liquor folliculi, accrue par la fonte des cellules de la granuleuse, distend le follicule.

Pourquoi le follicule devient-il kystique?

Deux lésions principales sont en présence dans l'ovaire sclérokystique : les kystes et la sclérose. Les kystes causent-ils la sclérose? Est-ce la sclérose qui amène la formation des kystes? Tel est le problème. Paul Petit, Conzette, Segond, Delaunay, Berlius, Pozzi, attribuent le premier rôle aux kystes. Le kyste préexisterait, produit par la congestion ovarienne qui cause une irritation multiplicatrice des cellules granuleuses, d'où hypertrophie du follicule qui est d'ailleurs gêné dans son développement normal par la coque fibreuse de péri-ovarite. Puis celui-ci, devenu kystique, provoquerait tout autour de lui une réaction inflammatoire du tissu conjonctif qui aboutirait à la sclérose.

Conzette appuie cette thèse par l'argument suivant : On trouve quelquefois, affirme-t-il, des microkystes de l'ovaire alors qu'on ne voit nullement de sclérose. Or, dans tous les cas où nous avons trouvé des kystes, nous avons aussi vu des lésions de sclérose; assurément, la sclérose n'est pas toujours très épaisse, mais on en voit au moins quelques traces dans la zone périfolliculaire.

De plus, Petit suppose que la sclérose péri-ovarienne est nécessaire; or, dans bien des cas, elle faisait défaut.

Aussi bien, nous ne voyons guère comment on pourrait admettre qu'un follicule, par simple congestion, devienne kystique. Le même phénomène se passe au moment de la menstruation. A l'instant où se produit l'éréthisme ovarien, la liquor folliculi s'accumule dans l'ovisac, le distend, et celui-ci se rompt. Pourquoi, alors que ce follicule se rompt à la ponte, ne se romprait-il pas aussi lorsque d'autres congestions se produisent? Du moment qu'un follicule est distendu et qu'aucun obstacle périphérique ne s'oppose à sa déhiscence (puisque la péri-ovarite n'est pas constante), il n'a aucune raison de se distendre de plus en plus et de rester clos; fatalement, il doit se

rompre. A la rigueur, nous admettons que le kyste, une fois constitué, provoque par irritation la sclérose autour de lui; mais ce que nous ne comprenons pas, dans cette hypothèse, c'est comment le kyste lui-même s'est formé.

Autres critiques. Il semble naturel de supposer, en admettant la théorie de P. Petit, que plus il y a de kystes, plus la sclérose doit être étendue, puisque ceux-là sont les facteurs essentiels de celle-ci. Il n'en est rien; le rapport inverse est même assez fréquent; on voit souvent de nombreux kystes avec une sclérose relativement restreinte; et réciproquement, il n'est pas rare de rencontrer des ovaires avec simplement un ou deux kystes et presque entièrement scléreux. De même, plus les kystes sont nombreux, plus les douleurs des malades, qui sont subordonnées évidemment à la sclérose, devraient être vives; il n'en est rien encore, et les ovaires les plus douloureux sont souvent ceux qui renferment le moins de kystes, mais qui sont néanmoins fortement sclérosés. Faits qui s'expliquent très bien au contraire dans notre hypothèse, car lorsque la sclérose est intense et rapide elle ne laisse pas aux follicules le temps de devenir kystiques; elle les étouffe, et ils s'atrophient.

Nous savons bien que la théorie des kystes par rétention a actuellement beaucoup d'adversaires et qu'elle a été très brillamment battue en brèche par Delbet. Mais ces critiques, qui peuvent être justes en ce qui concerne les glandes en grappe comme la mamelle, ne sont nullement applicables à l'ovaire.

En somme, l'envahissement de l'ovaire (inflammation microbienne ou congestion) se fait par la périphérie (péri-ovarite), mais surtout par la voie vasculaire (artérielle et lymphatique). Les vaisseaux lymphatiques de la trompe transportent dans l'ovaire les germes inflammatoires. Comme les vaisseaux sont surtout développés au niveau des follicules et des corps jaunes, c'est là que les lésions débutent et sont les plus intenses. Sous l'influence de cette inflammation, il se fait une prolifération des cellules embryonnaires qui se transforment par la suite en tissu fibro-scléreux. La sclérose débute donc dans la région périfolliculaire. Le follicule, entouré comme d'une coque, dès les

premières phases de la maladie, par ce tissu pathologique, ne pourra effectuer sa rupture normale. La liquor folliculi va en s'accroissant par la fonte des cellules de la granuleuse ; elle distend l'ovisac, qui, faute de déhiscence, devient kystique. Ceci, lorsque le follicule a été surpris à une phase avancée de son développement. Si, au contraire, il était jeune, si surtout la sclérose était très intense, il s'atrophie, étouffé, enserré par la sclérose. Il se peut, du reste, qu'à son tour, par sa présence, le kyste réagisse de son côté sur le tissu conjonctif et contribue pour une part à augmenter ce processus irritatif.

Mais les vaisseaux artériels ou lymphatiques ne se trouvent pas seulement dans la zone périfolliculaire ; on en rencontre aussi dans le reste de la substance corticale et de la substance médullaire, particulièrement au niveau du bulbe. Là aussi se manifeste l'irritation, là aussi se développent des lésions de sclérose, constituant ces bandes, ces marbrures, ces plaques disséminées çà et là irrégulièrement.

Nous trouvons ici, également, un argument contre la thèse soutenue par P. Petit. Nous ne voyons pas en effet, comment, en admettant sa théorie, on peut admettre la présence de ces scléroses éparses. Si le kyste est la cause de la sclérose, celle-ci doit être uniquement périkystique et on ne doit pas la trouver ailleurs qu'autour des ovisacs. Comment alors comprendre l'existence (signalée par P. Petit lui-même, nous le répétons) de ces bandes de sclérose, sans connexion aucune avec les follicules, séparées des follicules par du tissu sain ?

Reste à expliquer, d'après notre théorie, la pathogénie de l'œdème et les hémorrhagies. Rien de plus simple. On conçoit facilement que si la circulation est gênée dans l'ovaire comme elle l'est inévitablement du fait des congestions répétées, et de la sclérose rétrécissante des artères et des veines, agissant au niveau du hile et dans la profondeur du parenchyme ; si, d'autre part, la lymphe est versée en plus grande quantité par les vaisseaux lymphatiques dilatés, le tissu conjonctif va s'infiltrer comme il s'infiltre dans toutes les régions de l'organisme où se trouvent réalisées ces conditions ; et il y aura de l'œdème.

Quant aux hémorrhagies qui se font, soit dans les follicules dilatés ou les corps jaunes, soit dans le tissu interstitiel, elles s'expliquent également par les phénomènes congestifs et les lésions vasculaires.

On pourrait enfin se demander, avec Pozzi, si les lésions nerveuses ne sont pas les premières en date et si l'ovaire ne dégénère pas secondairement, par une sorte de trouble trophique ; mais cette théorie est impossible à vérifier, puisque malheureusement nous ne savons rien des altérations nerveuses.

Pour résumer cette discussion : dans le processus pathologique de l'ovarite scléro-kystique, la sclérose joue le premier et le principal rôle, les kystes ne sont que secondaires.

Symptomatologie et Diagnostic.

Nous serons bref sur les symptômes et le diagnostic de cette affection ; nous les avons ailleurs étudiés en détail ; il nous suffira ici de les indiquer rapidement.

On peut les distinguer en symptômes fonctionnels, physiques et généraux.

I. — **Symptômes fonctionnels.** — Ce sont d'abord les troubles de la menstruation : l'aménorrhée (très rare) ; les irrégularités cataméniales ; et surtout les hémorrhagies (ménorrhagies et métrorrhagies). D'habitude, ces hémorrhagies sont un symptôme assez secondaire ; les malades consultent plutôt pour leurs douleurs que pour leurs pertes de sang. Toutefois, il existe des exemples (nous n'en n'avons pour notre part jamais rencontré) où les hémorrhagies sont le symptôme fondamental, pouvant mettre en danger immédiatement, par leur extrême abondance, la vie des malades. L. Tait les qualifie d'hémorrhagies « intarissables » et même « foudroyantes ». Putnam, Jacobi et Léopold insistent également sur ces hémorrhagies. Quant aux leucorrhées, elles sont presque la règle, mais nous paraissent être surtout sous la dépendance de la métrite et de la salpingite.

Enfin, les règles sont douloureuses ; l'étude de ce symptôme, la douleur, doit maintenant nous arrêter.

Les douleurs font rarement défaut. Elles précèdent parfois de longtemps le début des lésions ; ou plutôt elles se montrent alors que ces lésions sont peu accentuées et qu'elles ne sont pas encore décelables par l'examen physique. Elles commencent habituellement à se montrer au moment des règles, puis dans les intervalles, s'accroissant par les fatigues, la marche, atténuées par le repos au lit. Les malades arrivent quelquefois à ne plus pouvoir marcher ; elles avancent, courbées en deux ; dans les formes graves de la maladie, elles deviennent de véritables infirmes.

Ces douleurs, qui se présentent sous la forme de tiraillements, de lancements, etc., et qu'il est facile de distinguer des coliques salpingiennes et des douleurs dues à l'expulsion de caillots à travers le col utérin, siègent le plus fréquemment dans les régions annexielles, au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse pubienne, à trois doigts au-dessus de l'arcade (Bouilly). Assez souvent, même si un seul ovaire est atteint, la malade déclare qu'elle souffre des deux côtés ; parfois même, elle souffre du côté opposé (douleur paradoxale de Labadie-Lagrave).

Enfin, ces douleurs s'irradient dans la région lombaire, la région sacro-iliaque, les membres inférieurs, les plis inguinaux, les fesses, le périnée, le coccyx, le creux épigastrique.

Les phénomènes douloureux peuvent s'exaspérer pendant le coït (dyspareunia des Anglais) et pendant la défécation (dyschezia).

Les douleurs, nous l'avons dit, existent le plus souvent. Elles existent aussi lorsque l'ovarite scléro-kystique coïncide avec d'autres lésions génitales, et nous sommes persuadé que beaucoup des douleurs que l'on rencontre au cours des fibromes utérins ou des grands kystes de l'ovaire sont dues à la coexistence d'un ovaire scléro-kystique. Nous en avons publié plusieurs exemples qui semblent assez affirmatifs.

II. — **Symptômes physiques.** — L'examen physique, pour être complet, doit être pratiqué sur la table gynécologique dans la position dorso-sacrée. Le palper pourra montrer, en regard

des annexes malades, une zone limitée de contraction des muscles de la paroi, et profondément faire sentir un corps arrondi, mobile ou plus ou moins fixé. Cette pression est très douloureuse, parfois insupportable. On provoque la sensibilité spéciale, surtout en exerçant une pression lente et profonde et en retirant brusquement la main.

Le toucher vaginal simple ne donne pas non plus de grands renseignements. Par contre, le palper abdominal et le toucher vaginal combinés sont d'un emploi précieux. En procédant progressivement, avec douceur, on arrive à saisir entre les doigts les organes malades ; on apprécie leur consistance, leur volume, leur surface. On trouve le plus souvent un ovaire bosselé, marronné, mûriforme, gros comme une noix ou une mandarine, libre et mobile, ou au contraire fixé et englobé par des adhérences, situé à côté de l'utérus dont il est cependant séparé par un sillon très net. Bien souvent aussi les annexes manquent d'un côté ; on les retrouve alors dans le cul-de-sac postérieur, en prolapsus dans le Douglas. Il est à remarquer que le volume de l'ovaire paraît, à l'examen physique, souvent plus gros qu'il n'est en réalité. On diagnostique un gros ovaire et, le ventre ouvert, on reconnaît que la glande est à peine hypertrophiée.

Malheureusement, cet examen est douloureux ; presque toujours l'exploration approfondie est impossible à cause des souffrances qu'elle provoque ; dès qu'on touche la glande, on détermine une sensibilité spéciale, la sensibilité exquise (Gallard). Aussi, bien des fois est-on obligé de pratiquer cet examen complet sous le chloroforme ; on devra y recourir chaque fois que l'on aura des doutes sérieux et que cela sera possible.

III. — **Symptômes généraux.** — Les troubles que causent les lésions ovariennes ne se bornent pas seulement aux troubles fonctionnels. Elles peuvent retentir sur les divers appareils organiques et donner lieu à des troubles généraux. Quelquefois elles les engendrent de toutes pièces ; mais le plus fréquemment elles ne font qu'accroître avec une plus ou moins grande intensité des troubles déjà existants, au moins en germe.

Troubles digestifs. — Dilatation d'estomac et phénomènes dyspeptiques le plus souvent hypochlorhydriques ; la constipation est habituelle ; elle est due à l'état digestif, au sexe, car les femmes se laissent constiper avec la plus grande facilité, et aussi parfois aux douleurs de la défécation signalées plus haut qui poussent les malades à retarder de plus en plus le moment si pénible où elles vont à la selle.

Troubles circulatoires. — Palpitations.

Enfin, et surtout, *troubles nerveux.* — L'état mental est presque toujours altéré. Les malades deviennent neurasthéniques à forme hypocondriaque. De la neurasthénie elles ont certains stigmates : les céphalées, le tremblement, et surtout l'idée fixe ; leur maladie devient leur préoccupation dominante (obsession génitale). L'état mental est quelquefois excité ; mais, le plus souvent, les phénomènes dépressifs dominent. Le caractère devient changeant, susceptible ; les malades pleurent facilement. Parfois même l'hypocondrie va si loin qu'elle aboutit à des idées de suicide. Ces malades ne sont pas des hystériques, elles n'en ont pas les stigmates ; elles sont sur les frontières de la grande névrose ; elles sont atteintes de ce qu'on pourrait nommer la neurasthénie utéro-ovarienne.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que ces ovariennes ne peuvent pas être des hystériques. La question des rapports de l'hystérie avec les lésions ovariennes et, notamment, avec les lésions scléro-kystiques est intéressante. Les deux affections sont souvent concomitantes. Y a-t-il simple concordance ou relation de cause à effet? Et si l'on admet cette dernière hypothèse, qu'est-ce qui commence ? Est-ce l'hystérie qui engendre l'ovarite ? Cela est peu probable. L'hystérie peut engendrer l'ovarialgie qui n'est qu'un mode de névralgie ; mais de là à produire des altérations anatomiques vraies, il y a loin.

Les lésions ovariennes peuvent-elles amener l'hystérie ? Les opinions varient sur ce sujet : Bernutz résout le problème par la négative. Mlle S. Bowel, Tilt, Hegar, Championnière, Tissier, au contraire, répondent affirmativement. Nous croyons également que ces lésions peuvent amener l'hystérie, jouant là le

rôle d'agent provocateur, comme tant d'autres causes si bien étudiées dans la thèse de G. Guinon.

Enfin, lorsqu'on interroge attentivement les malades, on découvre parfois chez elles certains troubles qui ressemblent beaucoup à ceux de la ménopause : bouffées de chaleur, rougeurs subites, lassitude générale, crampes, vertiges, etc.

Il n'est pas jusqu'à la nutrition générale qui ne puisse souffrir de ces lésions; ces troubles trophiques généraux, comparables à ceux des femmes castrées, s'expliquent par la prédominance que prend chez la femme tout ce qui touche aux organes génitaux, par la constance et par l'intensité des douleurs, et aussi par la perturbation apportée dans le rôle physiologique de la sécrétion interne de l'ovaire. Ces femmes sont pâles, un peu amaigries, ou au contraire douées d'embonpoint, à chairs flasques, chloro-anémiques, à tempérament paresseux et lassé, à intelligence alentie, en état d'adynamie générale.

Quelle est la physiologie pathologique de tous ces troubles nerveux?

En ce qui concerne les douleurs locales, nous avons déjà indiqué que, d'après nous, il faudrait les attribuer à la compression des filets nerveux intra-ovariens par le tissu de sclérose. Les lésions se bornent-elles à la compression, ou vont-elles plus loin, c'est ce que nous ne savons pas. Rien d'illogique, rien de hasardé cependant, à supposer que ces nerfs comprimés dégénèrent, subissent la névrite et que cette névrite suivant une marche ascendante gagne les troncs nerveux du hile et du ligament large. Cette hypothèse expliquerait la fréquence des récidives douloureuses qui se font sur les moignons de castration. Dans le même ordre d'idées on peut faire intervenir, comme causes provocatrices des douleurs, la péri-ovarite, les adhérences qui engainent la glande malade.

Assurément, on objectera que toutes les malades ne souffrent pas au même degré. Cela est vrai, mais cela dépend du degré de la sclérose et de l'état pathologique des nerfs; plus le tissu scléreux est épais et serré, et plus il y a de fibres nerveuses altérées. Il est vrai, cependant, que l'on rencontre des ovaires

scléro-kystiques n'ayant entraîné aucune douleur (et qui sont, dans ce cas, des découvertes de laparotomies). Il est vrai, par contre, que certaines femmes, chez lesquelles les lésions sont peu accusées, souffrent atrocement alors que d'autres, dont les ovaires sont presque entièrement scléreux, se plaignent bien moins. C'est là le point obscur du problème. Faut-il faire intervenir la névrite qui existerait dans le premier cas et non dans le second? Ne faut-il pas aussi incriminer le tempérament des malades, le terrain plus ou moins irritable sur lequel se développent ces lésions? Il se peut très bien que chez certaines femmes déjà nerveuses, impressionnables, des lésions minimes produisent une réaction excessive qui chez d'autres passeraient presque inaperçues. Il se produirait ici quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans le varicocèle chez l'homme; et de même que l'on dit que chacun fait son varicocèle à sa façon, on pourrait dire que chaque femme est ovarienne à sa manière.

En ce qui concerne maintenant les troubles nerveux généraux, l'explication est également difficile.

Il y a là cette question si mal connue de la relation entre le système génital (homme ou femme) et le système nerveux général, qui fait que les lésions génitales même les moindres, par préoccupation morale ou pour d'autres causes, peuvent influer notablement sur l'état général. D'ailleurs, on s'explique assez bien ces troubles fonctionnels lorsqu'on réfléchit à l'intensité des douleurs, et on s'étonne assez peu de voir devenir hypocondriaques, irritables, des femmes qui souffrent continuellement, qui ne peuvent rien faire, qui toutes jeunes encore sont infirmes.

Nous nous demandons également si certains troubles généraux ne seraient pas sous la dépendance d'une diminution de la sécrétion interne de l'ovaire, sécrétion qui paraît assez bien démontrée par les recherches de Curatulo et Tarulli, Spillmann et Etienne, Jayle, Ferré et Bestion, etc. C'est, du reste, là un point de la question que nous ne pouvons qu'indiquer, les données physiologiques actuelles n'étant pas suffisamment approfondies sur ce sujet.

La marche de l'ovarite scléro-kystique est essentiellement

chronique et progressive. D'après Conzette, elle s'améliore par la ménopause, si bien que vers cette époque il faudrait s'abstenir d'interventions. On avait prétendu, autrefois, qu'elle entraînait la stérilité. Il n'en est rien, on retrouve encore sur les préparations histologiques quelques follicules normaux et il ressort des observations de Michaëli et de Pozzi que des femmes ayant les deux ovaires scléro-kystiques et ayant subi la résection partielle sont devenues enceintes. D'après Roussan, des kystes hématiques rompus ont parfois donné lieu à une hématocèle. Si, de plus, on se rappelle l'intensité des douleurs éprouvées par les malades, la multiplicité des troubles généraux, même dans certains cas la tendance au suicide, et si on songe à l'insuffisance fréquente des moyens thérapeutiques actuels, on comprendra combien est sérieux le pronostic de l'ovarite scléro-kystique.

Il nous paraît presque inutile d'indiquer que l'ovarite scléro-kystique n'engendre pas les grands kystes multiloculaires de l'ovaire. Les deux affections peuvent coexister, mais elles ne procèdent pas l'une de l'autre. Cliniquement, la chose est évidemment difficile à constater. Mais histologiquement, théoriquement, cette transformation est impossible. Les cysto-épithéliomes, à cellules cylindriques en une seule couche, n'ont assurément aucune parenté étiologique avec les follicules kystiques, dont le revêtement épithélial, cubique, pluristratifié, irrégulier, est formé aux dépens de la membrane granuleuse.

Ainsi que l'on a pu s'en rendre compte par la lecture de l'ensemble symptomatique décrit précédemment, le diagnostic de l'ovarite scléro-kystique est très délicat. Beaucoup de symptômes sont communs à d'autres affections utéro-ovariennes, souvent concomitantes d'ailleurs. C'est un diagnostic que l'on restera très longtemps avant de poser, car avant de l'affirmer d'une manière certaine, il faut examiner souvent les malades, les suivre assidûment, les examiner même sous chloroforme.

Mais, néanmoins, en s'appuyant sur quelques-uns des signes fonctionnels qui sont plus particuliers à cette affection : les douleurs, presque caractéristiques, « exquises » ; les troubles

de la menstruation, la dyspareunie, les troubles de la défécation ; sur l'intensité des phénomènes généraux, souvent en disproportion marquée avec les signes locaux, et plus particulièrement des troubles nerveux, état mental, etc.; enfin, et surtout, sur l'examen physique approfondi, souvent répété, qui doit lever tous les doutes, c'est un diagnostic qui est parfaitement possible. Nous savons bien que beaucoup de chirurgiens, et non des moindres, ne croient pas à la possibilité de ce diagnostic posé aussi nettement. Et cependant, nous ne craignons pas de le répéter, ce diagnostic est possible ; maintes fois nous avons pu poser, avant l'intervention, le diagnostic vérifié ensuite d'ovarite scléro-kystique.

Donc, c'est un diagnostic que l'on peut, que l'on doit faire, afin de diriger sa thérapeutique en conséquence. Ce n'est pas là simplement une finesse clinique, sans autre valeur que son esthétique propre ; c'est un diagnostic d'où découlent des conséquences graves : la conscience du pronostic, le choix de l'intervention ; pronostic et thérapeutique qui, au moins, ne sont pas dangereux *quoad vitam*, alors qu'il n'en est plus du tout de même quand il s'agit, par exemple, d'un pyosalpinx.

Nous n'étudierons pas ici dans ses détails le diagnostic différentiel ; disons simplement qu'il faudra, d'après ses symptômes propres, distinguer l'ovarite scléro-kystique de : la métrite simple ou hémorrhagique, la salpingite aiguë ou chronique, les collections enkystées de la trompe (hydrosalpinx, pyosalpinx, hématosalpinx) ; les autres ovarites non kystiques, la maladie kystique de l'ovaire (Pozzi), le prolapsus simple de l'ovaire, les reliquats de périmétrite et d'hématocèle, les petits fibromes sous-péritonéaux pédiculés, la rétroflexion, l'appendicite, etc.

Il n'est pas rare de trouver chez la femme des signes fonctionnels sans que pour cela on reconnaisse des lésions anatomiques qui les expliquent : nous voulons parler de l'ovarialgie des hystériques et des névralgies pelviennes.

Ce diagnostic, très difficile, est des plus importants. Les hystériques, les névropathes simples même, ont assez souvent des douleurs ovariennes qui ne sont pas toujours causées par

des lésions anatomiques. Or, autant nous croyons qu'il est utile d'intervenir quand les ovaires sont kystiques, alors que des lésions nettes expliquent ces douleurs; autant nous semble contre-indiquée la castration chez les nerveuses simples, dont les ovaires sont sains. Le diagnostic est d'autant plus difficile que, nous l'avons déjà vu, l'ovarite peut être une cause d'hystérie. On ne pourra le faire que par l'examen sous chloroforme qui permet de reconnaître les caractères de l'ovaire, et par la constatation des stigmates particuliers.

Quant aux névralgies pelviennes, sur lesquelles insiste Richelot, on sait qu'elles ne sont guère admises par tous. Richelot (1) y range les phénomènes douloureux, graves, permanents ou rebelles, qui siègent dans l'utérus ou les ovaires, ne correspondant à aucune lésion définie, et s'accompagnant d'un état névropathique. Au fond, nous croyons avec Donnet (2) et Labadie-Lagrave qu'elles sont probablement des névralgies symptomatiques et sont causées par des lésions de l'utérus ou des annexes, altérations quelquefois minimes, souvent disproportionnées avec le degré de la douleur, altérations qui ne sautent pas aux yeux et qui même parfois ne sont bien manifestées que sous le champ du microscope.

En résumé, le diagnostic est quelquefois impossible et seule la laparotomie, lorsqu'on la jugera nécessaire, pourra le trancher. Cependant, le plus souvent, le diagnostic net, ferme, d'ovarite scléro-kystique pourra être porté; mais ce ne sera que par une analyse serrée des symptômes et il faudra savoir observer longuement, patiemment et prudemment, en n'hésitant pas, pour peu que l'on ait des doutes persistants, à pratiquer un examen sous chloroforme qui souvent lèvera tous ces doutes.

Lorsque sera posé le diagnostic, on cherchera, par l'étude des commémoratifs et l'étude physique, à reconnaître la ou les causes, afin de diriger sa thérapeutique dans la vraie voie. Enfin, on se demandera si l'ovarite est double ou unilatérale,

---

(1) RICHELOT. *Hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

(2) Thèse de Paris, 1895.

de quel côté elle siège, ce qui n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire, et sans se laisser tromper par les caractères quelquefois paradoxaux de la douleur; on cherchera si l'ovaire est situé normalement ou en prolapsus, s'il est mobile ou s'il existe des adhérences. Quant à savoir exactement l'étendue des lésions, et dire si l'on pourra se contenter de l'ignipuncture, de la résection partielle, ou s'il faudra tout enlever, c'est là un problème qu'on ne peut résoudre qu'au cours de l'intervention, pièces en mains.

Thérapeutique.

L'ovarite scléro-kystique doit être, au point de vue thérapeutique, envisagée sous deux modalités bien différentes : ou bien elle est découverte au cours d'une intervention pour fibrome utérin, cysto-épithéliome de l'ovaire, etc., et n'intervient qu'à titre de phénomène surajouté, secondaire; ou bien, au contraire, elle existe seule, domine la scène, et acquiert ainsi la valeur d'une entité morbide. C'est du traitement de cette deuxième variété, « l'ovarite maladie », que nous nous occuperons ici.

Le *traitement médical:* repos, toniques, bromure, hydrothérapie, stations thermales, opothérapie (1), injections, pansements, révulsions, est le plus souvent impuissant, tout au moins lorsque la maladie est nettement confirmée. Cependant il doit être essayé à titre d'expectation, d'épreuve, pendant une période minimum de trois mois (Doléris).

Des opérations palliatives ont été préconisées; telle l'opération de Polk (2), libération simple des adhérences périannexielles. Pozzi pratique fréquemment sur la trompe des opérations restauratrices, autoplastiques : salpingostomie et salpingorrhaphie (3); il les recommande surtout comme complément de la résection ou de l'ignipuncture.

---

(1) JAYLE. *Presse médicale*, 1896.

(2) Société de gynécologie américaine, 1887. *American Journ. of Obstetric*, juin 1887.

(3) *Traité de gynécologie*, 2e édition, et *Revue de gynécol. et chirurgie abdominale*, n° 1.

Le meilleur traitement, contre une affection aussi difficile, semble être la castration. Et cependant il n'en est rien, comme nous allons essayer de le démontrer ; la castration, toute radicale qu'elle paraisse, ne donne souvent que des insuccès ou des résultats très passagers.

En général, on se contente, dans la castration, d'enlever les ovaires sans toucher à l'utérus. Cependant parfois, lorsqu'il y a péri-ovarite et pelvi-péritonite, que l'utérus est enveloppé dans une gangue d'adhérences serrées, on peut être contraint de pratiquer l'hystérectomie vaginale, enlevant en même temps l'utérus et les annexes.

Hegar et Battey sont les premiers qui aient, de parti pris, pratiqué l'ablation des ovaires pour troubles nerveux. On sait que Hegar fit la première castration (1872). Battey, quelque temps après, la pratiqua à son tour ; mais comme l'auteur allemand ne publia son observation que bien plus tard, la priorité revient en réalité au chirurgien américain ; aussi cette opération porte-t-elle à juste titre son nom. La castration eut beaucoup de contradicteurs au début ; puis, sous l'impulsion vigoureuse de L. Tait, elle prit une vogue considérable (1), actuellement, il se produit une réaction en sens inverse et beaucoup de chirurgiens sont devenus très peu interventionnistes.

La castration peut se pratiquer par deux voies : abdominale ou vaginale. D'un côté comme de l'autre, la technique opératoire (qu'il nous semble inutile d'indiquer ici) est, en général, très facile et rapide. La castration abdominale permet de voir commodément les lésions, ce qui est un grand point ; on se rend compte si l'affection est uni ou bilatérale et on ne s'expose pas ainsi à enlever un ovaire sain ou au contraire à laisser dans le ventre un ovaire malade. La castration par la voie vaginale a certains avantages incontestables. Elle ne laisse pas de cicatrice visible ; la guérison est un peu plus rapide ; elle semble moins grave que la laparotomie, mais, d'un autre côté, lorsqu'il existe

(1 Citons, en France : Péan, Lucas-Championnière, Terrier, Terrillon.

des adhérences, elle est difficile à exécuter ; elle demande un diagnostic absolument sûr.

Quel que soit le procédé utilisé, étudions les résultats donnés par la castration.

Voici d'abord, en ce qui concerne les *troubles douloureux fonctionnels :*

Conzette, Tissier (1), Dixon Jones, Magnin (2) admettent que l'opération fait disparaître complètement les douleurs, soit immédiatement, soit peu après.

Cependant, tous ne partagent pas cet optimisme. Si nous nous en rapportons à nos observations personnelles, nous voyons que certaines malades sont portées comme guéries, et que d'autres, au contraire, continuent à souffrir comme auparavant ; les douleurs sont surtout manifestes, chez quelques-unes, au niveau des moignons de l'oosalpingectomie, à côté de l'utérus.

Que faut-il penser de ces dissentiments ? Il se peut que, lorsqu'on opère trop tard, la compression simple du début ait fait place à de la névrite, propagée dans les troncs qui se rendent dans la trompe et même plus loin ; on n'enlève alors qu'une partie du mal, et il existe toujours des lésions nerveuses hors d'atteinte qui entretiendront les troubles névralgiques.

On peut invoquer aussi, pour expliquer cette récidive des douleurs, les adhérences qui se forment autour des moignons ligamentaires et les tiraillent. La ligature en masse du pédicule ne provoque-t-elle pas des névromes douloureux comme on en observe dans les mauvais moignons des membres amputés ? Il y aurait assurément intérêt, au lieu de faire la ligature totale du ligament large, à isoler les vaisseaux et à les lier séparément sans toucher au reste du pédicule.

Et d'ailleurs, sans nullement mettre en doute la véracité des auteurs qui affirment la guérison, nous croyons que beaucoup de ces guérisons ne sont dues qu'à une interprétation trop

(1) Thèse Paris, 1885.
(2) Thèse Paris, 1886.

hâtive des cas sur lesquels ils s'appuient. Dans beaucoup des observations que nous avons parcourues, on porte guéries des malades qui sortent de l'hopital trois semaines ou un mois après l'opération et que l'on ne revoit plus dans la suite. Or, très souvent, les malades sont améliorées pendant un temps plus ou moins long après l'opération, puis elles recommencent à souffrir. Nous avons vérifié le fait chez nombre de nos malades, dont nous avons suivi quelques-unes pendant plus de trois ans après l'intervention.

Toutefois, nous ne doutons pas que certaines malades ne retirent un notable bénéfice de la castration; mais il nous semble que c'est la minorité ; et cette mutilation ne nous paraît pas donner les résultats constants qu'on serait en droit d'en attendre.

Voyons maintenant les résultats pour les troubles nerveux généraux. La névropathiesimple est rarement améliorée. En ce qui concerne l'hystérie, les opinions sont très divergentes. Terrier, Tissier, Dalché, citent des guérisons; Kirmisson, Magnin, Conzette, ne croient guère qu'à l'amélioration de la névrose; de même Terrillon (1), Pamard (2), Playfair (3), sont beaucoup plus pessimistes. Pour notre part, nous n'avons jamais observé de modifications; par contre, chez une de nos malades qui était probablement hystérique avant, les crises n'ont apparu que quelque temps après la castration. L'hystérie peut en effet succéder à la castration (Debove, Mathieu).

Conséquence plus grave: la castration, dont le bilan curatif est assez triste, amène souvent chez les opérées l'apparition de nouveaux troubles qui se surajoutent aux autres et viennent aggraver la situation déjà si pénible de ces malheureuses femmes: ce sont les troubles de la ménopause post-opératoires, dus vraisemblablement à l'abolition de la fonction interne de l'ovaire. Ils ont été décrits par divers auteurs [Lissac (4),

(1) *Salpingites et ovarites*, 1891.

(2) 9e *Congrès de chirurgie*, séance du 26 octobre 1895.

(3) *British med. Journal*, 1891.

(4) Thèse de Paris, 1896.

Martin (1), Gouillaud (2), Glœveke (3), Grammatikati (4), Chavin (5)].

Ce sont des phénomènes congestifs : bouffées de chaleur, vertiges, rougeurs, épistaxis; des troubles de nutrition générale : adipose exagérée; un état neurasthéniforme : céphalées, insomnies, phénomènes dyspeptiques, palpitations, asthénie neuro-musculaire, troubles du caractère, parfois même de la folie. Tous ces symptômes peuvent quelquefois être portés à un point extrême et mettent les malades dans un état beaucoup plus triste qu'auparavant.

Aussi y a-t-il lieu de se préoccuper de trouver un remède à ces divers phénomènes. Jusqu'à ce jour, c'est encore l'opothérapie qui convient le mieux [Jayle (6), Mond, Lissac, Chroback (7), Bestion (8), Mossé (9)]. On donne l'ovaire en tablettes, en pilules ou en extraits glycérinés. D'après nos observations personnelles, les extraits sont préférables, et en ingestion buccale. Mais les résultats ne se montrent qu'autant qu'on maintient le traitement ovarien. Dès qu'on le cesse, les troubles reparaissent avec les mêmes caractères qu'auparavant.

Peut-être y aurait-il lieu d'essayer la greffe d'ovaire? Glass (10) aurait obtenu un succès complet.

La castration ne suffit donc pas, malgré ses allures radicales, pour amener à coup sûr la guérison de l'ovarite sclérokystique. Elle doit surtout, à notre avis, être une opération de nécessité, un pis-aller, qu'il faut éviter autant que possible, principalement quand les lésions sont bilatérales, et à laquelle

---

(1) Thèse de Paris, 1893.
(2) *Lyon médical*, 7 novembre 1892.
(3) *Arch. für Gyn.*, 1889.
(4) *Contralb. f. Gyn.*, 1889.
(5) Thèse de Paris, 1896.
(6) *Presse médicale*, mai 1896.
(7) *Centr. für Gyn.*, juillet 1896, et *Semaine médicale*, 20 mars 1896.
(8) Thèse de Bordeaux, 1898.
(9) Thèse de Toulouse, 1899.
(10) *Médecine moderne*, 31 mai 1899.

on aura recours seulement pour les lésions trop étendues où les autres modes de traitement seront inapplicables.

On s'est donc préoccupé de chercher des opérations qui puissent donner des résultats meilleurs, tout en causant moins de dégâts. C'est surtout sous l'influence de Martin (de Berlin), de Pozzi (1) et ses élèves, de Raguin (2), de Matthæi, que les opérations conservatrices ont pris pied dans la thérapeutique ovarienne.

Elles peuvent se diviser en deux classes : l'ignipuncture, et la résection partielle. Inutile de décrire la technique opératoire ; elle est très simple et a parfaitement été étudiée dans les travaux de Pozzi. Les opérateurs qui ont mis en œuvre l'ignipuncture déclarent en avoir retiré les meilleurs résultats. Cependant, au dire même de Pozzi, la résection est préférable.

Cet auteur, dans son dernier article de la *Revue gynécologique*, donne le tableau de 62 observations de malades qu'il a traitées soit par l'ignipuncture, soit surtout par la résection (de 1891 à 1897. Statistique totale).

Sur ce nombre, 4 ont été opérées depuis peu de temps ; 10 n'ont pas été revues.

Il en reste 48 qui ont été revues de six mois à cinq ans après leur opération.

33 ont été guéries entièrement ou, au moins, très améliorées ; 7 n'ont retiré aucun bénéfice ; chez 8, il a fallu recourir à des opérations itératives pour persistance des douleurs.

12 opérées sont devenues enceintes et 1 l'a été deux fois. Ces grossesses ont donné : après opération conservatrice unilatérale, 7 accouchements normaux et 1 fausse couche ; après opération conservatrice bilatérale, 3 accouchements normaux et 1 fausse couche.

Sur 31 cas rapportés par M. A. Martin (de Berlin), sauf 3,

---

(1) Pozzi. *Annales de gynécologie*, mars 1893. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1897, n° 1. — Delaunay. Thèse de Paris, 1893. — Donnet. Thèse de Paris, 1895.

(2) Raguin. Thèse de Paris, 1894.

toutes les malades ont été guéries ou très améliorées ; 5 sont devenues enceintes.

Sur 6 malades observées par Matthæi, 5 sont devenues enceintes. Toutes ont été guéries.

Routier (1) est moins optimiste. Pour lui, la marche de la dégénérescence kystique et de la sclérose est fatale, condamnant tôt ou tard à la dégénérescence toute portion de l'organe qu'une opération parcimonieuse aurait conservée.

Le principe de la méthode est, en effet, peut-être, critiquable. Ainsi que nous l'avons vu sur nos préparations, la sclérose n'est pas seulement limitée au niveau des kystes ; elle est diffuse, et l'on ne peut prétendre, en enlevant tous les kystes, enlever en même temps toute la lésion, car il reste de la sclérose susceptible d'amener des récidives kystiques. Comment expliquer ce résultat paradoxal, mais indéniable, que la résection réussisse alors que la castration, plus radicale, qui enlève tout, est impuissante? C'est d'abord qu'on ne fait la résection que sur des ovaires assez peu malades, à lésions limitées. Il est possible que, consécutivement à l'ablation de la plus grande partie malade, le reste subisse une marche régressive et que la sclérose disparaisse en partie. Il faut faire intervenir aussi, à l'avantage de la résection, la conservation d'une partie de l'ovaire, ce qui met à l'abri des troubles de ménopause anticipée.

Quelquefois, cependant, la résection a été faite pour des ovaires trop profondément atteints, la sclérose continue sa marche, et les douleurs récidivent, nécessitant une opération itérative.

Du reste, on ne fera pas toujours, de parti pris, la résection ; elle ne suffit pas à tous les cas ; on ne doit se décider que pièces en mains. Si les lésions sont trop étendues, on devra se résoudre à la castration qui n'est qu'un pis-aller.

La résection, au point de vue strict de l'anatomie pathologique, n'est peut-être donc pas très logique, car elle est forcément incomplète. Cependant, tout incomplète qu'elle est,

---

(1) *Société de chirurgie*, 6 octobre 1891.

elle paraît très suffisante : les faits cliniques sont là, bien observés, et observés très longtemps, et ils proclament que si la résection partielle et l'ignipuncture ne procurent pas à tout coup la guérison, elles l'amènent le plus souvent, plus souvent assurément que la castration.

Deux autres variétés d'opérations conservatrices ont été aussi préconisées tout récemment; mais elles n'ont pas subi le contrôle du temps et nous ne savons pas exactement quelle est leur valeur : c'est la section du sympathique sacré, proposée par M. Jaboulay (1), et la dilatation ano-rectale, préconisée par M. A. Poncet (2).

En somme, les opérations conservatrices donnent de meilleurs résultats que la castration; elles ne sont pas plus difficiles à pratiquer, ni plus graves. Elles ont cet immense avantage qu'elles laissent l'organe au point de vue fonctionnel; les malades n'ont pas de troubles généraux de ménopause post-opératoire, troubles souvent sérieux, toujours gênants; les règles sont conservées ; enfin les opérées peuvent devenir enceintes et faire des accouchements normaux.

On avouera que ces différents points de vue ont tous une réelle importance.

---

(1) *Semaine médicale*, 18 janvier 1899.

(2) *Semaine médicale*, 22 février 1899.

DYSTOCIE PAR FIBROMES UTÉRINS

Par M. G. **Lepage**,
Agrégé de la Faculté,
Accoucheur de la Pitié (1).

Vous avez tous lu l'intéressant mémoire de notre collègue M. H. Delagenière (du Mans), sur les « *Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse* (2) » ; la lecture de ce travail m'a engagé à vous communiquer l'observation d'une femme enceinte dont l'utérus était fibromateux et chez laquelle j'ai pratiqué l'opération de Porro dès le début du travail. Cette malade est la même que celle dont M. Delagenière a résumé le premier accouchement sous le titre : « *Observation* IV ».

L'observation que je vous apporte peut être intitulée :

Grossesse à terme dans un utérus fibromateux. Hémorrhagie grave liée à une insertion basse du placenta. Opération de Porro. Guérison. Enfant vivant.

Le 30 mars 1899, se présentait dans mon cabinet une secondipare, mariée depuis quelques années seulement et ayant déjà dépassé la quarantaine ; c'est une femme de grande taille, paraissant de bonne santé habituelle. Elle me demandait de l'assister au moment de son accouchement, en me disant que le premier accouchement avait été terminé artificiellement et que l'enfant était mort plusieurs jours avant l'accouchement, à la suite d'hémorrhagies répétées.

Cette femme était enceinte de cinq mois environ; les dernières règles avaient eu lieu du 26 au 29 octobre 1898.

---

(1) *Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, février 1900.

(2) Voir *Annales de gynécologie*, février 1900, t. 53, p. 81.

Les mouvements actifs de l'enfant avaient été perçus le 12 mars 1899.

Cette dame me raconta qu'elle avait récemment consulté un gynécologiste fort distingué, qui lui avait déclaré que vraisemblablement les difficultés qui avaient existé lors du premier accouchement ne se reproduiraient pas cette fois-ci.

Ce fut également mon impression première, l'excavation étant absolument libre, et l'utérus paraissant régulièrement développé, bien qu'un peu volumineux.

De chaque côté cependant, vers la partie inférieure de l'utérus, surtout du côté gauche, on sentait une induration fibromateuse.

Je revis cette malade à cinq ou six reprises, de la fin de mars à la fin de juillet ; à aucun moment cette femme ne me présenta d'albumine dans les urines.

Au fur et à mesure que la grossesse évoluait, il me semblait que les difficultés de l'accouchement seraient de plus en plus sérieuses.

Le 2 mai, par exemple, je constatais que le fœtus était très élevé, en présentation transversale, et en cherchant, par le toucher et le palper combinés, à me rendre compte de l'épaisseur des parties molles qui séparaient mon doigt vaginal du fœtus, je constatais qu'il y avait là une épaisseur tout à fait anormale.

Dès le commencement d'avril, j'avais correspondu, au sujet de cette malade, avec mon excellent ami M. Delagenière, du Mans, qui l'avait assistée lors de son premier accouchement. Il me répondit en m'envoyant une note que je suis heureux de reproduire ici :

« Nous sommes appelé, le 21 mars 1897, dans le département de l'Orne, par nos confrères, MM. C... et B..., auprès d'une dame C..., primipare de quarante ans, qui présentait tous les signes d'un placenta prævia et dont l'accouchement ne pouvait se terminer.

« Le ventre est volumineux et distendu par une masse irrégulière formée par l'utérus gravide. L'enfant ne donne pas signe de vie, et les confrères qui ont soigné la malade, en font remonter la mort à douze jours. Le travail ne s'est pas fait, la malade a eu plusieurs hémorrhagies, qui ont nécessité des tamponnements du vagin.

« Le col de l'utérus est représenté par une fente antéro-postérieure refoulée à gauche ; une grosse masse dure est sentie dans le bassin, dont elle occupe toute la partie droite.

« Au-dessus de cette masse, par le palper, on sent la tête de l'enfant, peu mobile, mais nullement engagée. A la suite de l'examen, pratiqué avec la plus grande prudence, la malade a une hémorrhagie inquiétante

que nous cherchons à arrêter en appliquant dans le col utérin un ballon de Champetier de Ribes, que nous distendons avec force. Le sang s'arrête et nous laissons le ballon deux heures en place. Au bout de ce temps, après avoir décidé l'application du forceps sur la tête que nous savions où trouver, et après avoir repoussé l'idée de tenter une version, dans la crainte de perdre un temps précieux à la recherche des pieds ou d'amener un accident tel que la rupture de la matrice, nous vidons le ballon : le sang s'écoule immédiatement.

« Nous introduisons rapidement la main dans le col dilaté, puis, avec cette main, nous dirigeons le forceps vers la tête, que nous saisissons. Pendant cette application de forceps, qui n'a demandé que quelques secondes, le sang s'est écoulé en abondance. Toute compression de l'aorte était rendue impossible à cause du volume du ventre. Dès que la tête est saisie, nous l'abaissons fortement, et aussitôt le sang s'arrête.

« Nous cherchons alors à engager la tête dans la fente antéro-postérieure, formée par le segment inférieur de la matrice. Après bien des manœuvres de rotation, rendues difficiles par la nécessité de toujours tirer sur la tête, pour empêcher le sang de couler, nous finissons par engager la tête et par extraire l'enfant.

« Aussitôt après l'accouchement, l'hémorrhagie se renouvelle, le sang coule à flots, la malade perd connaissance ; introduisant la main dans l'utérus, nous rencontrons le placenta inséré très bas sur la partie latérale gauche du col.

« Nous le décollons rapidement, enlevons tous les caillots contenus dans la matrice, puis faisons une irrigation très chaude (50°) dans la cavité de l'utérus. Pendant ce temps, nous faisons faire une injection de sérum artificiel de 1,500 grammes sous la peau.

« Au bout d'un quart d'heure, la malade retrouve ses sens, mais elle est absolument exsangue. Son utérus s'est contracté, et on trouve alors facilement les tumeurs fibreuses qui le distendent.

« Cette malade s'est rétablie sans autre incident que la formation d'une vaste escarre sèche produite sur la face externe de la cuisse par l'injection de sérum artificiel qui contenait un peu d'acide phénique, suivant la formule de Chéron.

« Nous avons eu l'occasion de la revoir à la fin de l'année 1898. Sa santé est bonne. Cependant son utérus lui paraît augmenter de volume et elle se plaint de troubles de compression du côté de la vessie. »

En même temps que cette note, M. Delagenière m'adressait une lettre dont j'extrais les passages suivants :

« Le premier enfant est mort et la malade a couru elle-même les plus grands dangers. Pour moi, mon opinion est faite ; si je lui donnais mes soins, à la fin du huitième mois de sa grossesse, je lui ferais une césarienne suivie d'une ablation totale. Si le fœtus mourait avant, je lui ferais une hystérectomie totale. »

Ces renseignements m'étaient précieux ; toutefois, je me demandai si mon ami Delagenière ne mettait pas trop facilement sur le compte des fibromes les hémorrhagies et la mort du fœtus, qui me semblaient beaucoup plutôt résulter d'une insertion vicieuse du placenta coïncidant avec la fibromatose utérine ; je me demandai s'il ne se laissait pas entraîner par les qualités de chirurgien hardi et habile que nous lui connaissons ; j'espère qu'il y avait quelque chance que cette femme accouchât naturellement, sans intervention chirurgicale. J'eus occasion de causer de cette malade avec le Dr Bouilly, qui l'avait vue dans le courant de mars ; il me déclara qu'il avait, en effet, rassuré la malade, sans toutefois pouvoir rien affirmer au sujet de la terminaison de l'accouchement.

Au commencement de juillet l'utérus était très développé ; le fœtus, déjà volumineux, était en situation transversale, la tête au-dessus de la fosse iliaque droite, le siège répondant à l'hypocondre gauche. Préoccupé de l'issue de cette grossesse, j'exigeai une consultation : la malade fut alors examinée dans son cabinet par le professeur Pinard, qui déclara qu'il était impossible de formuler un pronostic ; qu'à l'extrême rigueur, l'accouchement pourrait se terminer par les voies naturelles, mais qu'on pouvait être amené à extraire le fœtus par la voie abdominale. Malgré ces éventualités, la malade ne voulut pas suivre mon conseil et entrer dans une maison de ssnté, comme devraient le faire plus souvent les femmes enceintes dont l'accouchement peut exiger des opérations sérieuses et urgentes, telle que l'opération césarienne ou même la symphyséotomie.

Dans la nuit du 30 au 31 juillet, Mme X... éprouve quelques légères douleurs et perd du sang en petite quantité vers 4 heures du matin. Je la vois à 8 h. 1/2 du matin, pas de contractions utérines. Le fœtus est toujours très élevé, en position transversale, dos en avant, tête à droite. Par le toucher et le palper combinés, il est impossible aux doigts vaginaux d'atteindre la partie fœtale. Le col est très élevé et l'on sent qu'une masse épaisse de consistance mollasse occupe tout le segment inférieur et empêche la descente de la partie fœtale : cette masse remonte presque à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse. L'exca-

vation est complètement vide. Malgré l'absence de douleurs, et en me basant sur les examens antérieurs, il me semble difficile que le fœtus puisse traverser sans danger la partie inférieure de l'utérus occupée par des fibromes et probablement par le placenta. Il me semble que la vraie conduite rationnelle est l'opération césarienne, pratiquée avant que la vie de l'enfant n'ait été menacée par des hémorrhagies semblables à celles qui se sont produites lors du premier accouchement.

A 1 h. 1/2 de l'après-midi, le professeur Pinard vient examiner la malade et conseille d'une manière formelle l'extraction du fœtus par la voie abdominale. L'opération est décidée pour 5 heures du soir, et la malade est transportée vers 5 heures dans une maison de santé voisine. Il y a urgence et il importe de faire diligence pour que la vitalité du fœtus ne soit pas compromise. Elle est prise à son arrivée de contractions assez énergiques et perd du sang en assez grande quantité ; cette hémorrhagie augmente pendant un bain qui est donné comme mesure de désinfection.

L'hémorrhagie continue abondante alors même que la femme est sortie du bain. Le vagin est rempli de caillots volumineux et les bruits du cœur fœtal sont notablement accélérés. La femme a un peu pâli depuis 1 heure. A 5 heures du soir, après anesthésie chloroformique pratiquée par mon interne, M. Mouchotte, l'opération est pratiquée avec l'aide de mes amis, les Drs Baudron, accoucheur des hôpitaux, et Rudaux, chef de clinique de la Maternité de Beaujon, et l'assistance de Mlle Joffrin, sage-femme de mon service. La désinfection des organes génitaux et de la paroi abdominale est pratiquée un peu hâtivement, *car l'hémorragie utérine est menaçante pour le fœtus* et même pour la mère, dont le pouls s'est beaucoup accéléré. Au toucher, on trouve un orifice utérin, dilaté comme 1 franc, refoulé en avant par une tumeur qui occupe la partie postérieure et supérieure de l'excavation. La partie fœtale est inaccessible. Il est décidé qu'en raison même de l'état général un peu mauvais de cette femme, on pratiquera, l'opération la plus facile qui donnera lieu au moindre écoulemement sanguin, l'opération de Porro, si toutefois il est possible de faire un pédicule.

Incision de la paroi abdominale, qui est d'une minceur extrême. On agrandit l'incision au-dessus de l'ombilic pour permettre de faire basculer l'utérus hors de la cavité abdominale. Bien que l'utérus soit surtout développé transversalement, une incision médiane prolongée sur le fond de l'utérus permet d'extraire rapidement un garçon pesant 4,530 grammes, qui est très pâle.

Il n'est ranimé, sans insufflation, qu'au bout de huit à dix minutes. Il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide amniotique.

Bien que la partie inférieure de l'utérus soit occupée presque en totalité par des fibromes pour la plupart ramollis, il semble possible de faire un moignon, ce qui paraît préférable, étant donné l'état hémorrhagique de la femme, étant donné que la désinfection vaginale a été nulle ou à peu près pendant les jours qui ont précédé l'accouchement. Une première ligature élastique est placée un peu trop bas en avant et semble toucher presque la partie supérieure de la vessie, qui est très étirée par en haut. On la remplace par une ligature un peu plus haut située et qui comprend encore un pédicule suffisant. On évide une partie de ce moignon, qui est ensuite touché au thermo-cautère. La paroi abdominale est tellement mince qu'on pratique seulement deux plans de sutures : l'un, profond, comprenant toute l'épaisseur de la paroi au fil d'argent ; l'autre, superficiel, avec des crins de Florence. Le moignon est fixé à la paroi abdominale à sa partie supérieure à l'aide d'un fil d'argent. Une broche est placée en avant.

Les quatre premiers jours qui suivent l'opération, la température maxima est de 38°,2 et le pouls oscille entre 70 et 90. Pas de nausées ni de vomissements. La malade urine spontanément et émet des gaz dans les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention. Le pansement vaginal est enlevé le 2 août.

5 août. T. m., 38°,3 ; T. s., 39°,3. Le soir le pouls est fréquent et oscille entre 110 et 120. La malade a des sueurs profuses et est très altérée. La langue est sèche et vernissée. On change la mèche iodoformée qui entoure le pédicule.

Le 6. T. m., 38°,1 ; T. s., 38°,4. Même sensation de chaleur. Sueurs profuses. La malade a quelques vomissements dans l'après-midi, succédant à l'ingestion d'une potion à l'extrait mou de quinquina. Pas de sensibilité de l'abdomen. Les mouvements profonds de l'inspiration ne déterminent aucune douleur.

Le 7. T. m., 37°,3 ; T. s., 39°,4. Le matin on fait un premier pansement dans lequel on enlève quelques crins de Florence superficiels. La plaie paraît très bien réunie par première intention. Il existe à la partie supérieure de cette plaie un peu de rougeur érythémateuse sans chaleur ni tuméfaction. Le pouls est toujours fréquent. Les nausées ont cessé. La langue est vernissée. Calomel, 0 gr. 50. Cachets de benzonaphtol.

Le 8. T. m., 38°,1; T. s., 38°,4. Même état. Sueurs profuses et soif vive.

Le 9. T. m., 38°,5; T. s., 3°,92. On enlève tous les points de suture profonds et superficiels. Réunion parfaite de toute la plaie abdominale. La rougeur érythémateuse a disparu. Le moignon est en train de se sphacéler à sa partie supérieure.

Le 10. T. m., 37°,8; T. s., 3°,67. La malade se trouve mieux. La soif est moins vive et le pouls diminue de fréquence.

Le 11. T. m., 37°,4; T. s., 37°,7.

Le 12. T. m., 36°,9; 37°,3. En faisant le pansement, le pédicule tombe laissant une plaie d'une profondeur de 7 centimètres environ. Il s'écoule de cette plaie une petite quantité de pus bien lié. Un tube à drainage en U est introduit dans la plaie. Pansement avec de la gaze au salol et de la gaze stérilisée. Les jours suivants la température redevient normale.

Le 15. T. m., 36°,7; T. s., 37°,1. On remplace le tube en U par deux tubes à drainage : l'un gros comme le petit doigt, l'autre d'un calibre inférieur. Il n'existe pour ainsi dire plus de suppuration.

Le 16. On recommence à mettre au sein l'enfant qui y avait été mis à diverses reprises les premiers jours, mais avec d'assez grandes difficultés. Les seins sont peu volumineux et ne laissent sourdre que peu de liquide.

Le 19. Pansement. Pas de suppuration. On supprime le plus petit des drains. Pendant une injection avec de l'eau naphtolée, on constate que le liquide sort par le vagin.

Le 22, la malade quitte la maison de santé pour rentrer chez elle. Elle commence à allaiter son enfant d'une manière régulière. On note jusqu'à la guérison complète une éruption furonculeuse se produisant en deux poussées sur toute la paroi abdominale; le tube à drainage est laissé en place jusque vers le 10 septembre. Une fistulette communiquant avec le vagin ne se tarit définitivement qu'au commencement de novembre.

Examen de l'utérus enlevé. — *Examen macroscopique.* — L'utérus reposant sur sa paroi postérieure, la face antérieure se dessine globuleuse, présentant sur la ligne médiane une incision d'une longueur de 22 centimètres. Les lèvres de l'incision ont une épaisseur de 3 centim. 1/2. Par l'ouverture, on aperçoit le placenta qui est inséré sur le segment inférieur et la face postérieure. On aperçoit également le cordon. L'amnios est décollé du placenta et flotte autour du cordon.

Cette face antérieure est tapissée de péritoine sur toute son étendue.

Sur les parties latérales de l'utérus le tissu utérin est à nu par suite de la section des ligaments larges. En haut, de chaque côté, section de la trompe et des vaisseaux tubo-ovariens; en avant, section du ligament rond.

La face postérieure de l'utérus apparaît recouverte de péritoine sur toute son étendue. Au-dessous de la zone recouverte de péritoine est une large surface cruentée qui a été déterminée par la section supravaginale du col. Cette surface cruentée est subdivisée en deux : une partie périphérique, de coloration rosée, mesurant 3 centimètres de largeur et formée de couches concentriques : c'est la coupe du segment inférieur ; une partie centrale, de coloration vineuse, de consistance mollasse, *présentant quelques gros vaisseaux :* c'est la coupe du placenta qui s'insère sur le segment inférieur.

La main introduite dans la cavité utérine, ne peut sortir par l'orifice de section du segment inférieur, car cet orifice est complètement oblitéré par le placenta adhérent.

A la partie latérale et inférieure gauche de l'utérus est appendue une masse du volume de deux poings, formée en partie de tissu fibromateux dur, en partie de tissu jaunâtre, gélatineux, infiltré de sérosité sanguine. A droite, répondant à la partie moyenne de la section du ligament large correspondant, existe, reliée au tissu utérin par un pédicule, une masse du volume d'une noix, jaunâtre, fibreuse, parcourue de sillons.

Examen histologique, pratiqué par M. Bizé, chef de laboratoire. — « Sur les parties latérales de l'utérus enlevé, on constatait, de chaque côté, l'existence d'une tumeur du volume d'un abricot environ et nettement pédiculée.

« La tumeur du côté gauche présente la même coloration que le tissu utérin : elle est dure, résistante ; la surface de coupe est blanc rosé.

« L'examen histologique permet de constater que cette tumeur présente les caractères habituels des fibromyômes. Sur certains points de la coupe, les fibres musculaires prédominent, tandis qu'en d'autres points le tissu est nettement fibreux.

« La tumeur du côté gauche présentait un aspect translucide gélatineux, elle était mollasse; la coupe succulente laissait écouler un liquide mucoïde peu abondant.

« L'examen histologique montre, sur les coupes, des noyaux nettement colorés, la plupart fusiformes, quelques-uns triangulaires ; enfin, quelques noyaux arrondis.

« Autour des noyaux, une mince couche de protoplasma présentant les mêmes formes, et envoyant des expansions protoplasmiques qui paraissent s'anastomoser avec les expansions des cellules voisines.

« Les corps cellulaires sont séparés par des intervalles considérables. Ces intervalles sont occupés par un réseau de fines fibrilles colorées en rose, se dessinant sur un fond coloré en rose beaucoup plus clair.

« En certains points de la tumeur, les cellules, beaucoup plus nombreuses et plus serrées, prennent l'aspect du sarcome fuso-cellulaire.

« Çà et là on aperçoit, sur la coupe, des espaces clairs, de véritables vides ; ceux-ci sont de deux ordres :

« 1° Les uns volumineux, à contour polycyclique, sans paroi propre, sans endothélium, sont divisés en alvéoles de volume irrégulier par des travées de tissu conjonctif mal coloré. Quelques-unes de ces cavités contiennent des débris cellulaires granuleux se colorant mal ; quelques-unes constituent ainsi de véritables fissures au milieu de cellules dégénérées. Ces cavités sont évidemment le résultat de la fonte d'un certain nombre de cellules, fonte d'où résulte la formation de véritables kystes ;

« 2° Les autres espaces clairs correspondent manifestement à la coupe de vaisseaux sanguins.

« Résumé : 1° fibromyôme ; 2° myxome kystique. Tumeur bénigne dans son ensemble, avec quelques réserves au point de vue de la récidive. »

Cette observation est un exemple de plus de la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur dans les utérus fibromateux ; il semble bien que, dès la première grossesse, ce soit cette même complication qui ait entraîné la mort du fœtus. Il est à noter que, pendant la seconde grossesse, il ne s'est produit d'écoulement sanguin que le jour même de l'opération ; et, cependant, il s'agit bien d'un cas des plus graves d'insertion vicieuse du placenta.

Quelques accoucheurs n'hésiteraient pas, en effet, à ranger cette observation parmi le cas d'insertion centrale, puisque la section pratiquée sur la partie inférieure de l'utérus a intéressé le placenta qui recouvrait, sans être décollé, l'orifice interne Il est vrai que, sur la photographie, on voit le placenta inséré sur toute la face postérieure de l'utérus. Il est regrettable que,

par suite d'erreur de technique, cette pièce n'ait pu être bien conservée pour être étudiée en détail.

L'obstacle qui s'opposait à la sortie du fœtus était double : il était constitué tout à la fois par les tumeurs fibromateuses et par le placenta. Il est impossible de dire si l'extraction du fœtus eût pu être faite par l'orifice utérin ; mais, en raison même de l'abondance de l'hémorrhagie qui a eu lieu pendant l'heure qui a précédé notre intervention et qui continuait encore au moment où nous sommes intervenus, en raison de la situation du placenta dans la cavité utérine, on peut affirmer que *le fœtus n'aurait pu être extrait vivant par cette voie.*

Au point de vue de la mère, les accidents graves liés à l'hémorrhagie qui ont été observés lors du premier accouchement se seraient, sans doute, encore renouvelés.

Il nous semble donc que notre intervention a été légitime et qu'il y aurait eu même intérêt à la faire quelques heures plus tôt si les circonstances l'avaient permis. Nous ne croyons pas, toutefois, qu'il eût été utile de faire cette intervention dès la fin du huitième mois, comme le pensait notre ami Delagenière.

Il faut remarquer qu'ici il y avait dystocie par les fibromes, bien que, cependant, ils fussent remontés au-dessus de l'excavation, ou mieux, bien qu'ils fussent toujours restés au-dessus du détroit supérieur.

N'y a-t-il pas quelque exagération de la part des accoucheurs qui prétendent que la dystocie fibromateuse n'existe, pour ainsi dire, que quand les fibromes intra-pelviens rétrécissent la filière osseuse, et qu'au contraire, si l'on a la chance de pouvoir repousser ces fibromes au-dessus du bassin ou de les voir remonter spontanément au cours du travail, la dystocie a cessé. Sans doute l'accouchement par les voies naturelles, bien que difficultueux, se termine ainsi même souvent spontanément, mais dans nombre de cas le fœtus ne résiste pas aux compressions qui s'exercent sur lui pendant sa traversée du segment inférieur. Dans quelques cas même, l'extraction est, pour ainsi dire, impossible, en raison de la saillie que forment les fibromes dans la cavité utérine, créant ainsi un véritable rétrécissement utérin ;

ce rétrécissemente empêche la sortie du fœtus et l'introduction de la main ou des instruments destinés à l'extraire. MM. Vautrin et Schuhl (de Nancy) ont récemment publié (1) un cas de ce genre, avec figures à l'appui, dans lequel la main ne put pénétrer complètement dans l'utérus, ce qui fit renoncer à l'extraction par les voies naturelles.

S'il faut être sobre d'interventions dans les cas où toutes les chances sont en faveur d'un accouchement par les voies naturelles d'un enfant vivant, il ne faut cependant pas trop compter sur les ressources de la nature lorsque les fibromes sont *prævia*, non réductibles et compliqués d'insertion basse du placenta : l'intervention par la voie abdominale, en même temps qu'elle est très utile au fœtus, sauvegarde souvent les intérêts de la mère en la mettant à l'abri, par une opération radicale, des complications qu'on observe assez souvent chez des femmes dont l'utérus est envahi par la fibromatose. Sous certaines réserves — et, en particulier, sous la réserve d'attendre le début du travail — je partage l'opinion de MM. Vautrin et Schuhl lorsqu'ils disent : « On a tout lieu de penser que, devant l'innocuité relative de l'hystérectomie abdominale obstétricale, il ne faut plus pratiquer l'expectation à outrance dans les cas difficiles. Si l'on met en balance les inconvénients qui résultent de cette expectation : la mort de l'enfant, la prolongation du travail, l'infection qui peut en résulter, l'épuisement de la mère, et, d'autre part, les dangers bien réduits de l'hystérectomie abdominale totale, on est amené à conclure en faveur de l'indication de plus en plus légitime et de plus en plus fréquente de l'intervention chirurgicale. »

Je ne veux point discuter les indications relatives des différents procédés d'amputation utérine et des opérations conservatrices telles que les myomectomies.

Dans notre observation, l'opération césarienne conservatrice était nettement contre-indiquée, ainsi que la myomectomie ; le

(1) De l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome, pendant le travail. *L'Obstétrique*, mars 1899.

décollement du placenta, volumineux et inséré bas, eût probablement donné lieu à une hémorrhagie grave ; l'énucléation des fibromes eût été impossible en raison de leur masse et de leur siège.

La question se pose de savoir s'il eût mieux valu recourir à l'hystérectomie totale qu'à l'opération de Porro. Je n'ai point à reproduire ici les arguments très sérieux invoqués en faveur de l'hystérectomie abdominale totale et que MM. Varnier et Delbet on fait ressortir dans leur mémoire (1), ainsi que l'ont fait, après eux, MM. Vautrin et Schuhl, Delagenière, etc. La raison déterminante qui me fit recourir à l'opération de Porro, c'est qu'en raison même de l'urgence de l'intervention, le vagin n'avait pas été suffisamment désinfecté; il me paraissait plus prudent de faire un pédicule extra-abdominal et surtout de réduire au minimum le traumatisme et la quantité de sang perdue chez une femme qui avait eu une hémorrhagie grave dans la journée. Je dois dire cependant qu'en raison même de l'élévation du col, l'hystérectomie totale n'eût point présenté les difficultés qu'on rencontre parfois lorsque cette opération est faite dans le cas de rupture de l'utérus, ou de fibrome enclavé dans l'excavation. L'observation que je rapporte fournit même deux arguments en faveur de la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sur l'opération de Porro : le premier argument est tiré de la longueur de la cicatrisation parfaite, qui a demandé trois mois, bien que la malade ait pu se lever au bout de vingt-cinq jours ; le second argument résulte de l'examen histologique qui laisse quelques doutes sur la nature bénigne de la tumeur. Malgré cela, je crois que les intérêts immédiats de la malade ont été mieux sauvegardés par l'opération de Porro que par l'hystérectomie totale.

Je voudrais maintenant aborder quelques-uns des points de thérapeutique qui ont été soulevés par H. Delagenière dans sa communication. Le titre même de son mémoire sur « les fibromes

(1) Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. *Annales de gynécologie*, février 1897, p. 102 à 128.

compliqués de grossesse » indique qu'il a un peu négligé le point de vue obstétrical; un accoucheur aurait dit, en effet, « grossesses compliquées de fibromes ». Après avoir fait ressortir combien le pronostic était difficile à formuler en raison même des nombreux facteurs qui entrent en ligne de compte, après avoir montré que souvent — je dirais volontiers presque toujours — le fibrome dans l'utérus gravide est quantité négligeable en raison de son siège et de son petit volume, il n'hésite pas à affirmer (1) que « la malade est exposée à un grand nombre d'accidents prévus ou imprévus qui doivent faire délaisser absolument la méthode de la délivrance par les voies naturelles ». H. Delagenière veut sans doute ici parler des cas où un fibrome volumineux et non ramolli obstrue plus ou moins complètement la filière pelvienne; car un peu plus loin, page 12, il dit : « Si la grossesse et l'accouchement nous paraissent devoir se faire normalement, nous n'hésitons pas à déconseiller toute intervention et à laisser marcher la grossesse, quitte à intervenir en cas d'accident imprévu. »

C'est justement là qu'est la difficulté, celle de savoir si l'accouchement pourra se faire normalement; de plus, à l'heure actuelle, il ne suffit pas de penser que le fœtus pourra être extrait par les voies naturelles, il faut encore que cette extraction ne soit pas trop laborieuse pour compromettre la vie du fœtus.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on peut, au cours de la grossesse, juger d'une manière à peu près certaine que la sortie d'un fœtus vivant est impossible par les voies naturelles obstruées par un fibrome dur et non réductible; il y a intérêt, en pareil cas, à intervenir le plus près possible du terme de la grossesse, sans attendre que le travail soit déclaré. J'ai vu à la Maternité de Beaujon, dans le service de mon maître, M. Ribemont-Dessaignes, une femme chez laquelle cette indication était nette en raison du volume et de l'immobilité de la tumeur fibreuse enclavée à la partie postérieure de l'excavation.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 10.

Ces faits sont exceptionnels comme doivent l'être les accidents de compression du rectum et de la vessie dont parle H. Delagenière et dont il fait des indications absolues d'intervenir. « Il en sera de même, dit-il, des accidents qui peuvent arriver au fœtus, hémorrhagie par insertion inférieure du placenta, apoplexie placentaire amenant la maladie, puis la mort du fœtus, etc. » Nous ne pouvons partager entièrement cette opinion ; sans doute, lorsqu'on est appelé auprès d'une femme depuis longtemps en travail, dont l'utérus fibromateux contient un fœtus en voie de putréfaction, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de cet utérus infecté, surtout lorsque l'extraction par les voies naturelles semble devoir présenter de très grandes difficultés; mais, au contraire, lorsque le fœtus est mort, — tant qu'il n'y a pas début d'infection utérine, — on peut espérer extraire le fœtus sans produire de lésions maternelles. D'ailleurs, si H. Delagenière avait mis en usage la pratique qu'il conseille lors du premier accouchement de notre cliente commune, cette dame n'aurait pu devenir enceinte à nouveau et n'aurait pas actuellement un enfant vivant.

Si j'insiste sur ces détails, c'est qu'à l'heure actuelle on tend à intervenir un peu trop au cours de la grossesse : c'est la tendance qui se dessine dans la thèse (1) récente (janvier 1900) de M. L. Lucas, élève de M. Delassus (de Lille), lorsque dans ses conclusions, il dit : « L'hystérectomie abdominale totale est indiquée dans les cas de troubles graves dus à des fibromes compliqués de grossesse; elle est indiquée au même titre que si les fibromes existaient seuls. » Il y aurait lieu de préciser quels sont ces troubles graves qui indiquent l'intervention au cours de la grossesse : il faut, pour intervenir vers le cinquième ou sixième mois de la grossesse par l'hystérectomie abdominale totale, que les troubles observés menacent réellement les jours de la mère; il n'est pas juste de dire que les indications sont les mêmes que si les fibromes existaient seuls. La présence d'un

(1) *Des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse*. Thèse Paris, janvier 1900.

fœtus vivant, mais encore viable, doit d'autant plus arrêter le bistouri qu'après sa sortie de l'utérus à terme ou près du terme, on verra souvent les accidents même sérieux disparaître. Il y a, du fait de la grossesse, une complication temporaire des fibromes, de telle sorte qu'après l'accouchement telle femme dont les fibromes avaient donné lieu à des phénomènes de compression assez marqués n'en souffre plus lorsque son utérus est revenu à l'état de vacuité.

Il est un autre point à discuter : c'est de savoir si, après avoir décidé l'hystérectomie abdominale, il faut enlever l'utérus sans l'ouvrir, comme une tumeur. Quand le fœtus est mort, cette intervention est légitime, surtout si l'on redoute un commencement de putréfaction ou si les phénomènes de putréfaction sont manifestes. MM. Varnier et Delbet l'ont pratiquée avec succès et de propos délibéré. Il n'en est pas de même quand le fœtus est vivant; je ne trouve pas suffisantes les réserves faites à ce sujet par M. L. Lucas dans sa thèse lorsqu'il dit : « Quant à savoir s'il sera souvent prudent d'enlever en totalité l'utérus, sans en avoir préalablement retiré le fœtus, nous ne saurions le discuter ici, nous manquons pour cela de documents; mais, en tout cas, la chose est assurément possible, puisque notre maître a mis ses théories en pratique, ainsi que le prouve son observation, et s'en est très bien trouvé. » M. L. Lucas prête ici à son maître, M. Delassus, des intentions qu'il n'a pas eues, puisque s'il a enlevé l'utérus en totalité, c'est sans se douter que cet utérus contenait un fœtus. Ce n'est donc pas de propos délibéré que cette intervention a été faite, et, malgré le double succès obtenu pour la mère et pour l'enfant, je crois que cette conduite doit être absolument abandonnée.

Tous ceux qui ont extrait par laparotomie des fœtus vivants, même chez des femmes qui n'étaient pas en travail, connaissent l'état de pâleur et de demi-syncope dans lequel se trouvent ces enfants; est-il sage d'exposer la vie de l'enfant en cherchant à l'extraire contenu dans l'utérus? C'est compliquer l'intervention en faisant courir plus de risques à l'enfant.

En relisant les observations dans lesquelles on est intervenu, on note la fréquence extrême de l'insertion basse du placenta;

c'est cette complication qui donne habituellement naissance aux hémorrhagies observées pendant la grossesse et pendant le travail. Si quelques accoucheurs ont conseillé l'opération césarienne dans certains cas graves d'insertion vicieuse, il est évident que c'est surtout lorsqu'en même temps l'utérus est fibromateux qu'on peut être amené à recourir à cette intervention exceptionnelle.

Il est un dernier point que je tiens à faire ressortir, c'est qu'âgée de près de quarante-deux ans et n'ayant jamais été nourrice, la malade que j'ai opérée a pu allaiter son enfant avec un succès complet. Pendant les vingt premiers jours, la femme étant dans une maison de santé où l'on ne voulait pas garder son enfant pendant la nuit, il fut élevé presque exclusivement avec du lait stérilisé, tétant seulement de temps à autre dans la journée. Les seins étaient mous et flasques et ne donnaient guère que 5 à 6 grammes de lait. Ayant depuis longtemps appris de mon maître, le professeur Pinard, que les femmes qui ont subi l'opération de Porro étaient d'excellentes nourrices, j'insistai auprès de mon opérée en faveur de l'allaitement; je la fis transporter chez elle le vingt-deuxième jour après l'intervention, afin de pouvoir faire mettre l'enfant régulièrement au sein. Là les tétées des premiers jours furent peu satisfaisantes ; bien que très vigoureux et tétant avec force, l'enfant ne prenait guère que 5 à 10 grammes aux deux seins ; pendant une dizaine de jours il fallut recourir à l'allaitement mixte. Mais bientôt, vers le trente-cinquième jour après l'opération, la mère pouvait donner des tétées de 60 grammes, 80 grammes et bientôt elle réalisa son rêve d'être une nourrice parfaite. L'enfant, exclusivement élevé au sein, qui pesait à la naissance 4 kil. 530, pesait, le 4 septembre, 4,960 grammes ; 1er octobre, 5,850 grammes; 2 novembre, 6,870 grammes; 7 décembre, 7,780 grammes; 4 janvier, 8,215 grammes; 1er février, 8,300 grammes ; 15 février, 8,460 grammes.

L'arrêt dans l'augmentation de poids est dû à une indisposition (bronchite légère) dont l'enfant a été atteint du 29 janvier au 5 février.

FIBROMYOME

DE LA

PORTION ABDOMINALE DU LIGAMENT ROND (1)

Par **André Claisse** (1).

Les tumeurs fibro-myomateuses du ligament rond sont fort rares. Elles siègent d'ordinaire dans la portion extra-péritonéale du ligament, au niveau des grandes lèvres.

Il faut sans doute expliquer la plus grande fréquence de cette localisation par les traumatismes de divers ordres qui peuvent atteindre cette région : des traumatismes directs ont été invoqués dans quelques cas. En outre, la tension du ligament se fait davantage sentir sur les fibres plus écartées, moins denses, par conséquent moins résistantes, de sa portion extra-abdominale.

Dans leur excellent article (2), Pierre Delbet et Héresco n'ont relevé que 16 cas de ces tumeurs ; 4 seulement siégeaient sur la portion péritonéale, intra-abdominale du ligament rond.

La tumeur que nous avons observée rentre dans cette variété qui est la plus intéressante au point de vue clinique ; autant, en effet, le diagnostic est habituellement aisé pour les tumeurs superficielles, autant il est délicat pour celles de la partie profonde, où elles ont été d'ordinaire confondues avec des néoformations utérines ou annexielles. Une remarque analogue s'impose quand il s'agit de leur traitement.

Rappelons d'abord brièvement les observations déjà publiées :

1° Dans le cas de Kleinwæchter, il s'agit d'une femme de 44 ans, ayant eu 5 enfants ; la tumeur s'est développée dans

---

(1) *Soc. anat.*, janv. 1900.

(2) *Revue de chirurgie*, 1896, p. 607.

l'espace d'un an. La laparotomie a découvert un *fibrome* implanté sur le ligament rond du côté droit, à 2 cm. 1/2 de l'utérus, pesant 1,750 grammes, entouré d'adhérences multiples.

2° Duncan a trouvé, également à droite, un *fibrome* de structure compacte, à centre *crétacé*, du volume d'un œuf de poule.

3° C'est sur les deux ligaments ronds que Winckel a montré, chez une femme de 76 ans, multipare, des polypes myomateux, des *leïomyômes* intrapéritoneaux, de la grosseur d'une fève.

4° La malade opérée par Pierre Delbet était âgée de 48 ans, avait eu deux enfants. La tumeur s'était développée en trois ans ; elle s'insérait sur le ligament du côté droit par un pédicule mince, commençant à 2 ou 3 centimètres de l'utérus et s'étendant jusqu'au voisinage de l'orifice interne du canal inguinal. La masse, du poids de 5 kilog., était un *fibromyôme*, avec des points de dégénérescence *muqueuse*.

L'observation de Léopold pourrait être rapprochée des précédentes : un volumineux myôme lymphangiectasique, entouré d'adhérences résistantes, s'était développé dans l'abdomen ; mais son point de départ était au niveau de la partie initiale du canal inguinal du côté droit, extrapéritonéal par conséquent.

Nous en venons à notre cas :

Il a trait à une femme de 31 ans, se plaignant de métrorrhagies et de douleurs depuis plusieurs mois ; en même temps se développait une tumeur manifestement utérine, qui devenait très volumineuse. Notre maître, le Dr Paul Segond, ayant posé le diagnostic de fibromes utérins, pratiqua, le 20 janvier 1900, une hystérectomie abdominale totale.

L'utérus renferme un grand nombre de tumeurs myomateuses, les unes interstitielles, les autres sous-péritonéales, sessiles ou pédiculées : elles ont une consistance assez molle, mais n'offrent, en somme, rien de particulier : le poids total de la masse enlevée est de 2,900 grammes.

Voici le fait intéressant : *le ligament rond du côté gauche* porte une petite tumeur : elle est absolument indépendante de l'utérus, séparée du point d'implantation du ligament par une distance de 12 millimètres. Située sur le bord libre, supérieur,

de la bandelette musculaire ; présentant une base d'implantation de 11 millimètres de long, elle a une forme sphéroïdale ; une surface lisse, rosée ; une consistance assez ferme, et mesure 10 à 11 millimètres de diamètre (fig. 1).

En la coupant, nous voyons l'aspect blanc habituel des fibromyômes. La périphérie est formée par une très mince coque un peu plus foncée, qui se continue avec le ligament : celui-ci s'évase légèrement, formant une sorte de cupule où repose la tumeur.

Histologiquement, les masses utérines sont des fibromyômes, les uns riches en fibres musculaires lisses, les autres au contraire avec prédominance de tissu conjonctif lâche.

La tumeur du ligament rond présente une structure identique, renfermant des éléments conjonctifs et musculaires : ces der-

FIG. 1. — Fibro-myôme du ligament rond.

niers sont peu abondants, réunis parfois en petits faisceaux, plus souvent isolés au milieu du stroma conjonctif.

Les vaisseaux sont assez nombreux, de petit calibre, tous lacunaires, c'est-à-dire creusés à même le tissu ambiant, sans isolement d'une paroi propre.

Autour de plusieurs existe une prolifération cellulaire très active (fig. 2) ; elle se manifeste sous l'aspect de plaques plus foncées, de dimensions et de formes variables, formées de nombreuses cellules embryonnaires. Tantôt ces amas entourent le vaisseau, tantôt ils se développent davantage en un point de la périphérie. Elles peuvent être circulaires ou émettre des prolongements s'effilant entre les faisceaux du voisinage. Au pourtour, les cellules s'allongent, deviennent fusiformes, se transformant en fibres conjonctives et musculaires.

Ces amas cellulaires constituent donc, en somme, des couronnes cellulaires, périvasculaires, munies de pointes d'accroissement.

A la périphérie de la tumeur, les fibres s'orientent parallèlement à la surface et forment de minces bandelettes assez

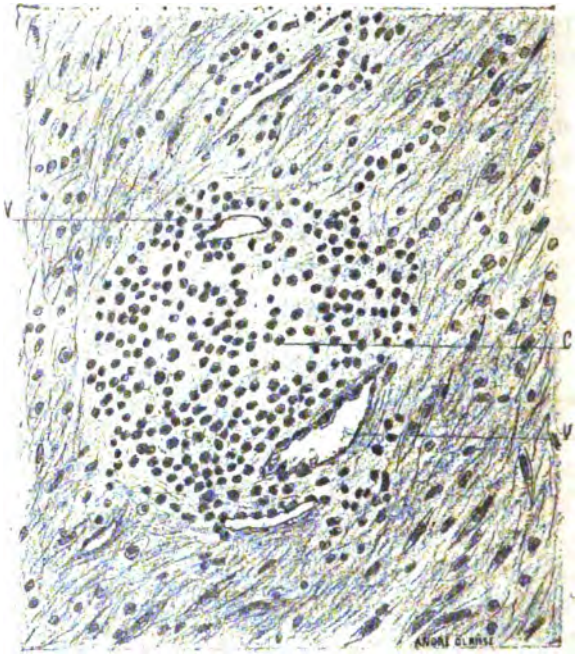


FIG. 2. — Fibro-myôme du ligament rond.
Prolifération cellulaire C autour des vaisseaux V. Gr. 300/1.

denses, renfermant un grand nombre de vaisseaux ; l'aspect de cette zone diffère de celui des portions centrales. Il n'y a pas encore de séparation bien nette entre la tumeur proprement dite et cette mince coque. Pourtant, nous voyons plusieurs vaisseaux allongés sur la coupe qui y constituent, en quelque sorte, autant de bornes. Il est vraisemblable que l'encapsulement se prononcera à mesure que se développera le néoplasme.

Les coupes qui ont porté sur diverses portions du ligament

rond lui-même n'ont pas révélé de grosses altérations ; nous apercevons seulement, autour de quelques capillaires, des amas de cellules rondes, mais de très petite dimension.

Pouvons-nous, en nous basant sur ces différentes données, établir le processus de formation des fibro-myômes du ligament rond ?

Pierre Delbet et Héresco ont tendance à admettre la théorie de Cohnheim ; ils rappellent la plus grande fréquence des anomalies congénitales du canal vagino-péritonéal du côté droit ; les inclusions anormales de cellules embryonnaires et leur développement tardif se produiraient également de préférence de ce côté.

En réalité la différence entre les deux côtés est bien faible : sur 5 cas, 3 fois les tumeurs siégeaient à droite, une fois des deux côtés, une fois à gauche. On ne peut, d'ailleurs, tirer de conclusions bien fermes d'une si faible statistique.

Mais nous pouvons trouver des faits plus précis.

Ces tumeurs ont une analogie complète avec les fibro-myômes de l'utérus. L'âge auquel elles se développent est le même. Elles se forment aux dépens de tissus de même nature ; les ligaments de l'utérus ne sont que des prolongements de cet organe.

L'évolution est identique à celle des myômes sous-péritonéaux de la matrice. Les tumeurs sont de très bonne heure pédiculées, car la néoformation est comprimée par les contractions et la tension des faisceaux musculaires du ligament ; elle tend à s'énucléer. Son développement continuera dès lors à se faire du côté où elle rencontre la moindre résistance. Elle peut, d'ailleurs, acquérir un volume considérable et subir des transformations analogues à celles des tumeurs utérines (tels le myôme lymphangiectasique de Léopold, le fibrome crétacé de Duncan, le fibro-myôme à dégénérescence muqueuse de Pierre Delbet).

La structure myomateuse, avec envahissement considérable de tissu conjonctif, est celle des tumeurs de la matrice.

Cette analogie est particulièrement frappante dans notre cas,

où la petite masse du ligament rond coïncidait avec des fibromyômes multiples de l'utérus.

Le processus pathogénique semble donc devoir être identique.

Et, en effet, ne trouvons-nous pas ici la même prolifération embryonnaire périvasculaire ? N'y a-t-il pas identité entre ces amas cellulaires, ces pointes d'accroissement ? Le développement se fait absolument d'après le type que Pilliet et Costes ont décrit dans les tumeurs utérines, et sur lequel nous avons insisté dans notre thèse (1).

Il nous semble donc rationnel d'admettre que l'histogénèse est la même : il existe, au début, des lésions inflammatoires des petits vaisseaux, principalement des capillaires du ligament rond, lésions caractérisées par le gonflement de l'endothélium et surtout par la prolifération des cellules rondes périphériques. Celles-ci se transforment en cellules conjonctives et musculaires, et forment un nodule primitif, dense, refoulant les faisceaux voisins à la périphérie. Des pointes d'accroissement naissent du pourtour de l'amas, de la couronne cellulaire périvasculaire ; un néocapillaire s'y forme, qui devient à son tour un centre de prolifération. Il y a analogie complète entre le processus primitif de formation et le processus d'accroissement.

Résumons-nous :

Les fibro-myômes de la portion abdominale des ligaments ronds doivent être identifiés à ceux de l'utérus ; leur structure, leur évolution sont analogues ; leur développement se fait par un processus semblable de prolifération périvasculaire inflammatoire.

---

(1) André Claisse. *Recherches sur le développement des fibro-myômes et des adéno-myômes de l'utérus*, 1900.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 2 février 1900.

M. Hartmann. **Torsion des salpingites.** — M. Hartmann présente cinq observations personnelles de torsion de salpingite.

Obs. I. — Poche salpingienne droite renfermant 1 litre 1/2 de liquide sanguinolent, s'implantant sur le côté droit de l'utérus par un pédicule tordu de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre.

Obs. II. — Poche salpingienne renfermant 400 grammes de sang, reliée à la corne gauche de l'utérus par un pédicule du volume de l'index tordu en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre. Examen histologique et bactériologique par Reymond. Les cultures donnent un microcoque ressemblant au micrococcus lacteus pleviformis.

Obs. III. — Poche salpingienne droite contenant 500 grammes de sang, dont le pédicule était tordu de deux tours en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre. Examen histologique de Reymond.

Obs. IV. — Femme enceinte de 4 à 5 mois, prise brusquement de phénomènes péritonéaux graves ayant cliniquement leur origine dans la fosse iliaque droite. Salpingite droite dont le pédicule est tordu d'un tour complet en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre. Cœliotomie : ablation des annexes droites. Guérison, accouchement 4 mois après d'une fille vivante et bien portante. Examen histologique de Reymond.

Obs. V. — Salpingite droite à pédicule tordu dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre. L'ovaire ne participe pas à la torsion. L'utérus a suivi le mouvement de torsion et s'est tordu d'un demi-tour sur lui-même.

Examen bactériologique de Besançon : négatif.

Rapprochant ces 5 observations personnelles des 10 antérieurement publiées, M. Hartmann fait les constatations suivantes :

La torsion peut porter indifféremment sur la trompe seule (7 cas),

ou à la fois sur la trompe et l'ovaire (5 cas) ; l'utérus participe quelquefois lui-même à la torsion dans une certaine mesure.

Il y a prédominance manifeste pour le côté droit (dix torsions à droite pour quatre à gauche).

A gauche, la torsion se fait en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre (2 cas) ; à droite, le plus souvent dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre (4 cas, pour deux en sens inverse ; dans ces deux derniers, il y avait 1 fois grossesse, 1 fois mobilisation des annexes en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin).

Le nombre de tours est très variable, de un à quatre.

Les organes tordus présentent deux ordres de lésions. Les unes sont antérieures à la torsion et relèvent de la maladie causale, une hydrosalpingite, le plus souvent, plus rarement une salpingite banale, exceptionnellement un pyosalpinx, une ovarite hémorrhagique. Les autres dépendent, au contraire, de la torsion et sont identiques à celles que l'on observe, d'une manière générale, dans les organes à pédicule tordu ; elles sont caractérisées par des hémorrhagies, les unes dans les cavités (trompes, petits kystes ovariens), les autres dans la trame même des tissus.

Tous les vaisseaux du pédicule sont thrombosés ou, au contraire, on trouve encore quelques artères perméables.

Cliniquement, la torsion des annexes enflammées peut se présenter sous deux formes différentes. Dans l'une, le début est brusque, les symptômes violents, simulant ceux de l'appendicite aiguë ou de l'occlusion intestinale ; il s'agit alors d'une torsion serrée avec thrombose complète des vaisseaux du pédicule. Dans l'autre, il y a des crises douloureuses successives, ressemblant plus ou moins à des coliques néphrétiques ; la torsion est moins serrée et se fait progressivement.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, il y a des phénomènes plus ou moins marqués de pelvi-péritonite passagère, et un développement rapide de la tumeur annexielle.

L'indication opératoire est évidente ; il faut ouvrir le ventre et enlever les annexes malades.

La pathogénie de ces torsions est assez obscure. A propos des poussées péritonitiques, M. Hartmann ne peut se rallier à l'opinion émise par Legueu, à savoir qu'il s'agit de péritonites se développant très rapidement au contact d'une tumeur déjà septique et privée brusquement de sa circulation. Cette septicité est loin d'être prouvée. Dans la plupart des observations, l'examen sur lamelles et les recherches par les

moyens de culture n'ont décelé la présence d'aucun micro-organisme.

Il s'agit vraisemblablement de ces péritonites aseptiques que M. Hartmann a étudiées avec Morax (*Annales de Gynécologie*, 1894, t. I, p. 193) et dont la torsion d'organes abdominaux (rate, kyste de l'ovaire) est une des causes les plus habituelles.

M. Legueu a observé et opéré 3 cas de salpingite à pédicule tordu. Dans ces 3 cas la torsion s'était effectuée à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre, l'ovaire était resté indépendant de la torsion; 2 fois il s'agissait d'hydrosalpingite. Plusieurs modalités doivent être distinguées au point de vue clinique: 1° la torsion peut être brusque et l'étranglement complet, crise péritonéale douloureuse subite; 2° torsion lente, étranglement incomplet et progressif; 3° torsion sans étranglement, restant cliniquement absolument latente.

La pathogénie de ces torsions est actuellement très obscure. Quant à la question de la bactériologie des péritonites consécutives à la torsion, M. Legueu n'a sur ce point aucune expérience personnelle.

M. Pinard relève dans la communication de M. Hartmann, un point très important au point de vue obstétrical : à savoir la coïncidence de la grossesse avec une torsion d'une salpingite. Cette seule observation démontre que, pendant la grossesse, il peut survenir des accidents dus à une torsion favorisée et produite par les mêmes circonstances que la torsion d'un pédicule de kyste ovarique.

H. Schwartz. **Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs.** (*Hystéropexie.*) — L'auteur apporte sa statistique d'hystéropexie abdominale, opération qu'il a pratiquée 63 fois. Résultats 2 décès, 61 guérisons; 8 de ces femmes sont devenues enceintes, elles ont fourni 10 grossesses dont 7 ont évolué jusqu'à terme sans autre incident que quelques tiraillements dans 2 cas, et se sont terminées par des accouchements normaux, et dont trois se sont terminées par des avortements.

Il y a un point sur lequel il faut insister: c'est l'état de l'utérus et des annexes chez les femmes qui ont subi l'hystéropexie; presque toujours, par cela même qu'on pratique cette opération, on a de gros soupçons ou la certitude de lésions annexielles sur lesquelles on agira par la laparotomie, soit en faisant la résection ovarienne ou même la castration ovaro-tubaire, soit en faisant l'ignipuncture des ovaires scléro ou polykystiques. C'est là qu'il faut rechercher la cause du

petit nombre de conceptions observées, plutôt que dans la fixation même de l'utérus.

En somme, malgré tout ce que l'on a dit contre cette opération, M. Schwartz en reste partisan dans les cas d'utérus adhérents avec lésions annexielles probables ou avérées, chez les femmes près de la ménopause et au delà.

M. Pinard ajoute à titre de renseignement que l'une des femmes de la statistique de M. Schwartz vient d'accoucher à la clinique Baudeloque, spontanément et à terme. Mais il n'y eut aucune accommodation pelvienne pendant la grossesse et l'on fut obligé de surveiller attentivement la présentation et de maintenir la tête — qui resta très élevée jusqu'à la période d'expulsion — au-dessus du détroit supérieur.

Pendant le travail, au moment de chaque contraction, on voyait la paroi abdominale se froncer et s'enfoncer au niveau de la suture utéro-abdominale ; donc, cette dernière était encore solide.

M. Herrgott (de Nancy). **Un cas d'achondroplasie.** — M. Herrgott après avoir rappelé les travaux de Depaul, de Parrot, de Porak, sur l'achondroplasie, rapporte un cas d'achondroplasie fœtale. La mère, âgée de 23 ans, a été rachitique dans son enfance. Elle a accouché une première fois d'un enfant bien portant. Enceinte une deuxième fois, elle accouche spontanément d'une fille de 2,200 grammes, s'étant présentée par la face, qui meurt après quelques inspirations. Placenta macroscopiquement normal de 440 grammes. Les viscères de ce fœtus ne présentent rien de particulier. Seul le squelette présente les modifications classiques de l'achondroplasie. L'examen histologique des os a été fait par MM. Haushalter et Spillmann.

Les lésions constatées au niveau de l'épiphyse du tibia et de celle du cubitus, sectionnés verticalement dans leur partie médiane, de façon à comprendre tout à la fois le cartilage articulaire, le cartilage de conjugaison et la tête de ces os, ont montré que *ce cartilage de conjugaison n'existait, pour ainsi dire, pas.*

On trouve, par places, des cellules cartilagineuses à capsule, ayant une tendance à prendre une disposition sériée.

A la périphérie de la coupe, à ses deux extrémités, à la place même où devrait exister le cartilage de conjugaison, on voit du tissu conjonctif fibrillaire, très délicat, pénétrant sous forme de coin entre le cartilage articulaire et le tissu spongieux de la tête de l'os.

Sous ce coin de tissu conjonctif, il existe soit des amas de cellules cartilagineuses disposées sans ordre, soit des îlots d'un tissu osseux très dense.

Le reste de la coupe est rempli soit par des amas cartilagineux, soit par des amas d'aspect fibroïde disposés sous le cartilage articulaire.

Les amas cartilagineux sont formés par des cellules cartilagineuses en voie de multiplication, disposées d'une façon irrégulière et séparées par des travées calcifiées. Du côté du cartilage articulaire, ces îlots cartilagineux sont limités par des cellules rappelant très vaguement le cartilage de conjugaison.

Quant aux amas fibroïdes, ils sont limités du côté du cartilage par le cartilage articulaire et du côté de l'os par des travées de tissu osseux ou par des amas de cellules cartilagineuses mal définies.

Sur les coupes transversales, le canal médullaire est à peine dessiné; il se présente comme une cavité remplie de tissu spongieux ; le tissu osseux sur une des moitiés de la préparation est dense, pauvre en canaux de Havers; sur l'autre moitié, il est moins compact et semble creusé de petites lacunes ressemblant à du tissu médullaire.

Ce qui frappe surtout dans l'examen histologique de ces os achondroplasiques, c'est *l'absence de zone d'ossification cartilagineuse qui empêche l'accroissement de l'os en longueur*, tandis que le volume normal des épiphyses ainsi que la largeur de la diaphyse, font supposer que l'ossification périostée ne fait pas défaut comme l'ossification cartilagineuse.

Au niveau de l'épiphyse, le tissu osseux est en rapport *direct*, immédiat, avec le tissu cartilagineux, puisque la zone d'ossification fait défaut, le cartilage de conjugaison n'existant pas.

M. Herrgott conclut que l'achondroplasie doit être bien distinguée tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique du rachitisme vrai.

M. Rudaux. **Deux opérations de Porro.** — 1re Observation. — Il s'agit d'une primipare âgée de 35 ans, enceinte d'environ 7 mois. Présentation de l'épaule gauche. Dos en avant.

Enfant mort. Dilatation à peine comme 5 francs. Dilatation artificielle avec le gros ballon Champetier de Ribes.

La main, cherchant ensuite à pénétrer dans le corps de l'utérus, est arrêtée par un orifice étroit, contracturé, répondant au bord inférieur de la musculature du corps utérin.

M. Ribemont-Dessaignes, jugeant l'embryotomie impossible, pratique l'opération de Porro : difficultés dans la bascule de l'utérus transversalement développé, le segment inférieur étant en quelque sorte enclavé dans la partie supérieure du petit bassin. Extraction d'un fœtus de 2,000 grammes exhalant une odeur fétide. Amputation de l'utérus. Pédicule externe. Le septième jour, mort après hématemèse.

Autopsie. — Péritonite, plaques de sphacèle sur le rectum et le côlon pelvien. Ce sphacèle peut, d'après M. Rudaux, être interprété de deux façons : 1° par la compression prolongée exercée sur cette portion de l'intestin par l'utérus contracturé ; 2° par la putréfaction fœtale commençante qui « s'accompagne presque toujours d'un sphacèle rapide en des points variables ».

2e Observation. — Femme de 26 ans, IIIpare, ayant subi en 1896, postérieurement à ses deux premières grossesses (1 accouchement à terme normal, 1 accouchement prématuré à six mois), une ovariectomie avec ventrofixation et amputation du col.

Elle arrive dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, enceinte de 7 mois et demi à 8 mois. Hauteur de l'utérus 40 centim., ce qui est dû à de l'hydramnios et à la situation élevée de l'utérus.

Le vagin, très allongé, est transformé à sa partie supérieure en un étroit canal au fond duquel, très haut au niveau de la troisième vertèbre lombaire, existe une cicatrice que l'on suppose cacher l'orifice cervical.

Cette femme est en travail depuis 110 heures ; devant l'impossibilité de faire la dilatation et la menace d'une rupture utérine, M. Ribemont décide de pratiquer l'opération de Porro.

Extraction d'un enfant vivant de 2,870 grammes. Guérison.

La dystocie dans ce cas était complexe : antéversion exagérée et rigidité cicatricielle consécutive aux interventions qui avaient antérieurement été pratiquées sur cette femme.

Séance du 2 mars 1900.

M. Banzet. **Appendicite et grossesse.** — (Travail renvoyé à l'examen de M. Pinard, rapporteur.)

M. Couvelaire. **Note sur l'anatomie de la Réfléchie dans la grossesse tubaire** (*présentation de coupes histologiques*). — Cette étude repose sur l'examen de deux trompes gravides renfermant des œufs vivants, et recueillies l'une soixante-six jours après les dernières règles, l'autre environ deux mois et demi après les dernières règles. Ces œufs

tubaires ont été étudiés sur des séries de coupes histologiques totales qui ont permis d'étudier en place et dans sa continuité la Réfléchie tubaire. Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Il existe dans la trompe gravide pendant les premiers mois une membrane qui, limitant du côté de la cavité tubaire le pôle libre de l'œuf, fait fonctien de Réfléchie.

2° Au niveau de cette Réfléchie, les villosités choriales et l'espace intervilleux sont encore, soixante-six jours après les dernières règles, aussi développés qu'au niveau de l'insertion pariétale de l'œuf. Un peu plus tard, aux environs de deux mois et demi, l'atrophie de ce placenta réfléchi, par thrombose des vaisseaux ombilicaux et dégénérescence atrophique des villosité choriales, est déjà effectuée au niveau de la presque totalité de la Réfléchie.

3° La membrane qui sépare l'espace intervilleux de la cavité tubaire, au niveau du pôle libre de l'œuf, est constituée par deux couches distinctes : A. une couche interne continue, compacte, *couche des cellules de la Réfléchie*. Elle est constituée par de grosses cellules vivantes, groupées en amas, logées dans les mailles que limitent les travées d'un stroma intercellulaire amorphe analogue à la raie de fibrine de l'œuf utérin. Ces amas de grosses cellules sont en rapport de continuité avec les houppes cellulaires de fixation (*Epithelfortsätze*) des villosités crampons du placenta réfléchi. Un certain nombre de ces cellules sont en voie de dégénérescence. Cette dégénérescence commence par les couches les plus excentriques. Elle accompagne l'atrophie du placenta réfléchi. Aux environs de deux mois et demi, sur la pièce étudiée, elle est presque totale ; — B. une couche externe discontinue, *couche fibrineuse*, parsemée d'éléments cellulaires dégénérés et infiltrée de cellules rondes, plus nombreuses dans la pièce des environs de deux mois et demi que dans celle des environs de deux mois.

4° Au niveau du sinus de réflexion, la couche interne des cellules de la Réfléchie se continue tout entière, sans modifications, dans la zone de fixation pariétale de l'œuf, pour former à cet œuf une capsule complète ; la couche fibrineuse a cessé.

5° L'épithélium cubique qui revêt le secteur de trompe libre faisant face à la Réfléchie s'arrête au sommet de l'angle de réflexion, ou se réfléchit sur une très courte étendue (1/2 millimètre) de la couche cellulaire de la Réfléchie ; on en retrouve, à distance du sinus de réflexion, quelques traînées tapissant la surface extérieure de la couche interne de la Réfléchie dans les points où la couche fibrineuse n'est pas adhérente à la couche interne de la Réfléchie.

6° Soixante-six jours après les dernières règles, sur la pièce étudiée, la Réfléchie ne présente, ni vaisseaux, ni contrefort basal de vaisseaux et de cellules déciduales vivantes se continuant avec une couche déciduale pariétale, comme dans l'utérus.

7° La réaction déciduale dans la trompe gravide pendant les premiers mois est loin d'être aussi intense, aussi générale, même dans la zone qui est en rapport de voisinage immédiat avec l'œuf, qu'elle l'est dans l'utérus gravide de même âge.

M. Lepage. **Dystocie par fibromes utérins.** (Voir plus haut.)

M. Pinard. — Le fait rapporté par M. Lepage, venant s'ajouter à d'autres déjà si nombreux, démontre que dans les cas de dystocie par fibro-myômes, l'expectation prolongée et les interventions par les voies naturelles doivent, à l'heure actuelle, céder le pas aux interventions par la voie abdominale.

Mais, *pendant la grossesse*, l'intervention opératoire est exceptionnelle et l'expectation doit être la règle. Les accidents causés par les fibromyômes pendant la grossesse sont très rares, et, quel que soit leur volume, le plus souvent la grossesse évolue jusqu'à terme.

Quand cependant des phénomènes de compression se montrent, assurément la laparotomie s'impose, et dans quelques cas la myomectomie peut faire disparaître ces accidents sans interrompre la grossesse, et cela alors même que le fibro-myôme est énorme.

Seule, une évolution du fibro-myôme vers la tumeur maligne, ou déterminant des accidents péritonéaux comme dans les cas observés par Doléris, peut constituer d'emblée une indication d'hystérectomie totale au cours de la grossesse.

MM. Pinard et Segond. **Kyste de l'ovaire gauche ; torsion du pédicule vers le deuxième mois de la grossesse. Laparotomie et ablation du kyste à la fin du troisième mois. Évolution consécutive normale de la grossesse.** — Il s'agissait d'une femme de 26 ans ayant déjà accouché deux fois spontanément et à terme d'enfants vivants. Ses dernières règles datent du 2 au 5 septembre. Quinze jours après elle ressent des douleurs abdominales non localisées intermittentes. Elle se repose et les douleurs cessent. Le 27 novembre elle est prise d'une très vive et subite douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, facies grippé, ventre météorisé et impossible à palper. Pouls 82, température 37°,1. L'utérus gravide remontait à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du pubis flanqué à gauche d'une tumeur du volume du poing dont les limites étaient difficiles à préciser.

Les jours suivants les douleurs abdominales s'atténuaient et le 20 décembre on pouvait nettement constater que l'utérus gravide avait son fond à 16 centimètres du pubis et que la fosse iliaque gauche était occupée par une tumeur tendue dépassant l'ombilic de 7 centimètres. Le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire à pédicule tordu compliquant une grossesse de trois mois environ.

La laparotomie confirma le diagnostic et permit l'extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche présentant une double torsion de son pédicule pesant 700 grammes et renfermant un liquide café noir. Suture abdominale en un plan sans drainage ; injections sous-cutanées de 2 centigrammes de morphine toutes les vingt-quatre heures pendant trois jours. Guérison. Continuation de la grossesse.

M. Pinard insiste sur les points suivants :

Dans les cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, la torsion est plus fréquente du deuxième au quatrième mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches. De plus, la torsion se produit plus souvent sur des kystes petits que sur de gros kystes. Dans le cas rapporté par M. Pinard, le diagnostic positif fut porté en s'appuyant sur le développement normal de l'utérus certainement gravide, sur le développement rapide de la tumeur, sur sa forme et sa consistance, sur l'absence de tout symptôme d'hémorrhagie. M. Pinard appelle enfin l'attention sur les injections sous-cutanées de morphine qui, systématiquement pratiquées pendant les jours qui suivent l'opération, lui ont toujours paru donner de bons résultats au point de vue de la continuation de la grossesse.

M. Segond à propos de l'observation précédente, rapporte un cas analogue dans lequel le diagnostic de probabilité était celui de grossesse extra-utérine. Un petit kyste de l'ovaire droit gros comme unel mandarine était venu, après un tour de torsion de son pédicule, se loger sous les annexes gauches dont il s'était comme coiffé. Ce kyste renfermait un liquide clair eau de roche, il était solidement adhérent.

M. Bouilly insiste sur ce fait que la grossesse prédispose à la torsion des kystes de l'ovaire. Dès que le diagnostic est posé il faut intervenir.

M. Legueu fait remarquer l'amendement qui, dans l'observation de M. Pinard, s'est produit après la crise aiguë ; cet amendement se produit aussi dans les cas de salpingite à pédicule tordu. Anatomiquement il faut distinguer les torsions sans étranglement, et les torsions avec étranglement. Dans le dernier cas l'étranglement peut être incomplet et progressif ou complet.

M. Bouilly. — L'accalmie est extrêmement fréquente. On opère des femmes qui ont des torsions remontant à plusieurs semaines ainsi qu'en témoignent des points nécrobiosés du kyste.

M. Pinard. — La femme dont l'observation a été rapportée n'a pas été opérée immédiatement parce qu'il n'y avait chez elle aucune indication nette d'opération d'urgence (le pouls et la température étaient et sont restés normaux) et parce que le diagnostic n'était pas posé.

M. Bouilly. — Ces cas de torsion du pédicule des salpingo-ovarites sont très rares; et ce fait tient peut-être à la rareté relative des hydrosalpinx. M. Bouilly rapporte l'observation d'une femme enceinte qui au cinquième mois de sa grossesse présenta des phénomènes péritonéaux simulant l'appendicite; il s'aperçut d'un petit kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Il y a là une réelle difficulté du diagnostic avec les torsions de pédicule et l'appendicite.

M. Pozzi. — Ce n'est pas seulement avec l'appendicite, mais aussi avec la grossesse extra-utérine que le diagnostic différentiel des torsions de pédicule peut être à faire.

A. Couvelaire,
Interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Operationes tocologicæ. — Tabulæ XXX in usum studiosorum medicinæ qui in operationibus perpetrandis phantomate adhibito exercentur. Editæ a Paulo Zweifel, artis obstetriciæ et gynecologiæ professore publico ordinario Lipsiensi. Lipsiæ, apud S. Hirzel, 1899.

Lithographiées d'après des dessins en grandeur naturelle, exécutés, pour la plupart, par Bruno Heilig pour les cours et la 3e édition (1892) du *Lehrbuch der Geburtshülfe* du professeur de Leipzig; destinées, comme les collections de Kilian et de Schultze, à orner les murs des salles de cours, ces 30 planches, de format grand aigle in-f°, claires et démonstratives, sont pourvues de légendes latines qui les rendent utilisables en tous pays.

Les planches I à XIII montrent la manière usuelle d'appliquer, en Allemagne, le forceps courant — le Nægele à articulation de Brünninghausen — dans les positions gauche antérieure, occipito-pubienne, gauche transversale, occipito-sacrée, et le sens des tractions à opérer pour terminer l'accouchement dans ces différentes positions.

On y voit que, pour les positions obliques et transversales, l'appli-

cation du forceps est irrégulière : la tête est prise, ce que nous n'aimons pas ici, d'une bosse frontale à la mastoïde opposée.

Les planches XIV à XIX montrent la manière, partout usuelle, de pratiquer la version par manœuvres internes dans la présentation de l'épaule droite, dos en avant et dos en arrière ; l'utilité, dans le premier cas, de saisir le pied bas ; la nécessité, dans le second, de saisir le pied haut ; le moyen de corriger, par une rotation appropriée, la position défavorable des fesses qu'entraîne la saisie du pied bas.

La planche XX enseigne le moyen de parachever, par la double manœuvre de la Siegmundin, une version demeurée imparfaite.

Les planches XXI et XXII illustrent la version par manœuvres combinées dans la présentation de l'épaule.

Les planches XXIII à XXVI enseignent, dans l'extraction par les pieds, à dégager le bras postérieur le premier ; à transformer, par rotation, le bras antérieur en postérieur ; à exécuter la manœuvre appelée, en Allemagne, de Mauriceau-Levret.

Les planches XXVII et XXVIII sont consacrées à l'application, sur la tête première et sur la tête dernière, du cranio-céphaloclaste.

Les planches XXIX et XXX, à la détroncation par le Trachelorhecter de l'auteur. H. VARNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Ameiss (J. C.). Beef-Gallenemata in the treatment of post-operative obstinate constipation and intestinal obstruction. *Annals of Gynec. and Pediatry*, january 1900, vol. XIII, n° 4, p. 230. — **Archambault** (L.). Les médicaments modificateurs de l'utérus. *Thérapeutique contemporaine*. Paris, janv. 1900, p. 3. — **Bandler**. Zur Entstehung der Dermoidcysten. *Archiv f. Gynäk.*, Bd 60, H. 2, p. 377. — **Calandra**. Dei mezzi naturali di difesa dell'utero dalle invasioni batteriche. *Archiv. italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 591. — **Casarini** (C.). Herpès génital névralgique. *La Riforma medica*, 19 janvier 1900, p. 171. — **Clifton**. Obstetrical Prophylaxis in gynecology. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, fév. 1900, p. 328. — **Coe** (H. C.). Prophylaxis in Gynecology. *Medical News*, 3 févr. 1900, vol. LXXVI, n° 5, p. 164. — **Czempin**. Zur Narkose. *Centr. für Gynäk.*, 3 févr. 1900, n° 5, p. 148. — **Falk** (O.). Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Gebürtshelfer und Gynäkologen. *Centr. f. Gynäk.*, 17 févr. 1900, n° 7, p. 193. — **Godart**. Du toucher intra-utérin. *La Policlinique*, 1er févr. 1900, 9e année, n° 3, p. 34. — **Godart**. Un cas de cancer du rectum. *La Policlinique*,

gical and Mechanical Treatment of Dysmenorrhea. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 187.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Ahern.** Ligature des artères de l'utérus pour cancer inopérable de cet organe. *Le Bulletin médical de Québec*, janvier 1900, p. 235. — **Aievoli.** Note di chirurgie dell'utero e suoi annessi. *Archivio italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 592. — **Champneys (J. H.).** An address on Some points nin the natural history of uterine fibroide, Delivered before the North London Med. and Chirurg. Society on oct. 12 sept. 1899. *The Lancet*, 20 janv. 1900, n° 3986, p. 147. — **Claisse et Dartigues.** Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins, hystérectomie abdominale totale. *Bull. Soc. Anat.*, 1899, p. 1038. — **Cooke Hirst.** The Histology and Histological Diagnosis of adenomyomata of the uterus. *American Journal of the medical Sciences*, vol. CXIX, n° 3, march 1900, p. 281. — **Delagénière.** Ligature des artères utérines par le vagin dans certains cas de fibromes. *Arch. Méd. d'Angers*, 4e ann., n° 3, 20 mars 1900, p. 115. — **Doléris (J. A.).** Fibromes utérins et grossesse. Pronostic et traitement. *La Gynécologie*, 15 févr. 1900, n° 1, p. 31. — **Frédéricq.** Fibromes et galvanocaustic. *Société belge de Gyn.*, 1899-1900, n° 8, p. 226. — **Galeazzi (R.).** Sul cancer dell'utero. Considerazioni cliniche e statistiche. *La Clinica Chirurgica*, Milano, 1899, p. 883 et 963. — **Grace Peckham Murray.** The formative period of uterine fibroïds. *Medical Record*, New-York, 2 déc. 1899, p. 809. — **Hassel.** Fibrome et sarcome. *Société belge de Gyn.*, 1899-1900, n° 8, p. 234. — **Hitschmann.** Decidualer Polyp des uterus. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 164. — **Jacobs.** Un cas de myxo-sarcome de l'utérus. *Société belge de Gynécologie*, 1899-1900, n° 8, p. 225. — **Jonnesco.** Ligatures atrophiantes pour cancer inopérable de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Bucarest*, avril-mai-juin 1899, p. 55. — **Keiffer.** Le fibro-myôme utérin chez la chienne. *Société belge de Gyn.*, 1899-1900, n° 8, p. 231. — **Keiffer.** Sarcome de l'utérus, récidive rapide. *Société belge de Gyn.*, 1899-1900, n° 8, p. 233. — **Keiffer.** Utérus infantile, fibrome du col. *Société belge de Gyn.*, 1899-1900, n° 8, p. 232. — **Lewers (A.).** A case of interstitial Fibroid tumour sloughing « en masse », and some other cases of fibroid tumours of the uterus. *The Lancet*, 17 feb. 1900, p. 444. — **Longuet.** De l'électro-contracture hémostatique appliquée à la chirurgie conservatrice des fibromes. *La Semaine gynécologique*, Paris, 19 déc. 1829, p. 401. — **Mac Evitt.** Notes on cancer. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 2, feb. 1900, p. 120. — **Marchesi.** Sul corio-épitelioma e suoi rapporti anatomici e clinici con la mola vesicolare. *Annali di Obstetricia e Ginecologia*, anno XXII, n° 1, gennaio 1900, p. 35. — **Neveu.** Cancer du corps de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, 1899, p. 1085. — **Pagenstecher.** Ein Fall von multiplem Myom des graviden Uterus. *Centr. f. Gynäk.*, 27 janv. 1900, p. 111. — **Pichevin.** Dégénérescence maligne des fibro-myômes utérins. *La Semaine gynécologique*, Paris, 2 janv. 1900, p. 1. — **Pick.** Ueber die epithelialen Keime der Adenomyome des Uterus und ihres histologische Differentialdiagnose. *Archiv f. Gynäk.*, 60 Bd, Heft 1, p. 174. — **Pohorecky.** Die Endothelgeschwülste des Uterus. *Archiv f. Gynækologie*, Bd 60, H. 2, p. 252. — **Riddle Goffe.** Myomectomy per vaginam combined with Shortening the Round Ligament for Retroversion, etc. *Medical News*, 13 janv. 1900, n° 1409, p. 52. — **Schmit.** Zur Kenntniss der Carcinoma psammosum corporis uteri. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 280.

— **Shattock**. A criticism of the mechanical Hypothesis of the Origin of Carcinoma, with a Description of a specimen of « Spontaneous » carcinoma of the Uterus in the Rabbit. *British Med. Journal*, 20 janv. 1900, n° 20-38, p. 136. — **Shoemaker**. Vaginal Hysterectomy for Small Bleeding Uterine myomata. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 170. — **Sippel (A.)**. Totalexstirpation von Scheide mit Uterus wegen Carcinom. *Centr. f. Gynäk.* 27 janv. 1900, p. 105. — **Stone**. Intravaginal hystero-myomectomy. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, feb. 1900, p. 293. — **Stouffs**. Hystérectomie vaginale pour cancer du col ayant envahi le vagin ; lésion d'un uretère ; anurie post-opératoire. Décès par urémie. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, n° 9, p. 241. — **Truzzi**. Della via combinata nella tecnica dell'isterectomia per indicazione ostetrica o ginecologica. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, n° 1, gen. 1900, p. 1. — **Walzer**. Ueber Complikation von Myom und Schwangerschaft. *Centr. f. Gynäk*, n° 9, 3 märz 1900. p. 247.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Beahan**. Intra-abdominal Adhesions. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, feb., 1900, p. 298. — **Bellei**. Ricerche batteriologiche nelle salpingi sano malate. *Archivio italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb. 1900, p. 50. — **Frederick Holine Wiggine**. A Brief review of our knowledge concerning backward displacements of the Pelvic organs. *The Lancet*, 17 feb. 1900, p. 449. — **Fuchs**. Ueber primäre dermoide Geschwülste des Ligamentum latum. *Archiv f. Gynäk.*, Bd 60, H. 2, p. 297. — **Herrmann** Beitrag zur Frage der conservirenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. *Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, XLII Bd, 2 Heft, p 193. — **Jayle (J.)**. Tratamento de la salpingo ovaritis por la ablacion de las dos trompas con conservacion parcial ó total de un ovario. *El Progreso medico de la Habana*, ano X, num. 2 feb. 1900, p. 69. — **Limmell**. Ueber zwei Fälle von Fibrosarkom in dem Ligamentum latum. *Monats. f. Geburts. und Gynæc.*, Bd XI, Heft 2, feb. 1900, p. 539. — **Leguen**. La torsion des salpingites. *La Presse médicale*, Paris, 20 janvier 1900, p. 37. — **Milian et Herrenschmidt**. Péritonite à streptocoques. *Presse médicale*, n° 23, 21 mars 1900, p. 141. — **Murray**. Pyosalpinx removed by Laparotomy in the Early puerperium. *The Edinb. med. Journal*, feb. 1900, p. 124. — **Muscatello**. La péritonite gonoccica diffusa. *Archivio italiano di ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 587. — **Odisio (Lorenzo)**. Due casi d'ernia della tromba uterina. *La Clinica chirurgica*, Milano, 31 déc. 1889, p. 991. — **Reynier**. Statistique personnelle de 41 hématocèles traitées par la laparotomie, colpotomie ou hystérectomie *La Semaine gynécologique*, Paris, 13 mars 1900, p. 81. — **Stokes**. Large Parovariankyst associated with a Large ovarian cyst of the Same Side Twisted Pedicle. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 165. — **Vineberg (A.)**. Results of conservative surgery in some recent cases of serious Pelvic Disease. *Amer. Gynæc. and Obst. Journ.*, january 1900, vol. XVI, n° 1, p. 18.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE. — **Abram Brothers**. Fibroma of the Ovary. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 194. — **Baruch (F.)**. Spätresultate von doppelseitigen Anexoperationen. *Zeits. f. Geburts. und Gynæk.*, XLII Bd,

2 Heft, p. 238. — **Beyla (H.-D.)**. A Case of multilocular Pseudomucinous Cyst Adenoma of the right ovary associated wich pronounced symptoms of Diabetes. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 145. — **Brockman**. Oophorectomy for gross functional nervous diseases occuring during menstruation. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, feb. 1900, p. 310. — **Bürger**. Die Ovariotomie an der klinik Schauta. *Monats f. Geb. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 1. — **Emanuel (R.)**. Zur Ætiologie der Ovarialdermoide. *Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, XLII Bd, 2 Heft, p. 302. — **Fortun**. Salpingo-ovariotomia vaginal. *El Progresso medico*, Habana, janvier 1900, p. 12. — **Hawkins**. Intraligamentous Growths. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, january 1900, vol. XVI, n° 1, p. 127. — **Henrotay**. Kyste papillaire de l'ovaire. *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1899-1900, t. X, n° 9, p. 243. -- **James Butlit**. Manmoth ovarian tumors. *Annals of Surgery*. Philadelphia, janv. 1900, p. 87. — **Lapthorn Smith (A.)**. A case of Twisted ovarian Cyst. *American Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 26. — **Maynard** et **Reygasse**. Un cas de torsion pédiculaire de kyste ovarique. *Languedoc Médico-Chirurg.*, 25 fév. 99, 8e année, n° 4, p. 57. — **Pepere**. Le cisti dell'ovario. *Archivio Italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb. 1900, p. 42. — **Potvin**. Kyste volumineux de l'ovaire. *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, 1900, p. 60. — **Smith (E.-H.)**. Large Fifty Pound Ovarian cyst with ascits; operation; recovery. *Pacific Medical Journal*, vol. XLIII, n° 1, p. 18. — **Stone (W.-B.)**. Ovarian Cystoma complicating pregnancy. *American Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 53. — **Southam**. A case where Torsion of the Pedicle of an ovarian Cyst gave rise to attacks simulating those of Recurrent Appendicitis. *Medical Chronicle*, janv. 1900, n° 4, p. 239. — **Trovati**. Del sarcoma muco-cellulare carcinomatoso dell'ovaio secondo Krukenberg. *Archivio italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 532. — **Waldstein**. Ueber periphere Tubensäcke und ihre Bedeutung für die Ætiologie der Tubo-Ovarialcysten. *Monats. f. Geburts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 408. — **Wesley Bovée**. Removal of Both uterine appendages during pregnancy. *Amer. Journal of Obstetrics*, vol. XLI, n° 266, feb. 1900, p. 178.

ORGANES URINAIRES. — **Carrillo y Cubero**. De la incontinencia de orina en la mujer consecutive à operationes de restauracion sobre la vejiga y la uretra. *Revista espanola de Sifiliografia y Dermatologia*, enero 1900, p. 8, — **Dudley**. Stricture of the Ureter, a possible result of Laceration of the Cervix Uteri and Uretero vaginal Fistula, a result of Trachelorraphy. *Boston med. and surgical Journal*, n° 9, march 1900, p. 215. — **Godard-Danhieux**. Le rein mobile et l'entéroptose. *Gazette hebd. de Méd. et de Chirurgie*, 18 fév. 1900, n° 14, p. 157. — **Jacobs**. Anomalie de la situation anatomique de l'uretère, section au cours d'une hystérectomie abdominale ; suture, décès tardif. *Société belge de Gynéc. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, n° 9, p. 239. — **Junior Vitrac**. Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale. *Revue mensuelle de Gyn. Obstétr. et Pœd. de Bordeaux*, déc. 1900, t. I, p. 547. — **Marside**. Processo operativo per la cura chirurgica del cistocele vaginale. *Archivio italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb. 1900, p. 33. — **Polak (J. O.)**. Two Cases of vesico-vaginal Fistula. *Annals of Gynec. and Pediatry*, january 1900, vol, XIII, n° 4, p. 236. — **Shelton Horsley**. On vésico-uréthro- vaginal Fistula. *Annals of Surgery*, janv., 1900, p. 97. —

Vallas Fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale totale. *Société de Chirurgie de Lyon,* mai, juin, juillet 1899, t. II, n° 4. p. 328. — **Vitrac**. Le décubitus ventral permanent dans la fistule vésico-vaginale (suite et fin). *Rev. mens. de Gynéc. Obst. et Pæd. de Bordeaux*, t. II, n° 1, janv. 1900, p. 8. — **Wertheim**. Beitrag zur Ureteren Chirurgie. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 438. — **Wesley Bovel**. Ureterectomy. *Annals of Gynecology and Pediatry*, january 1900, vol. XIII, n° 4, p. 265. —

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bouilly**. Grossesse extra-utérine tubaire. Avortement tubaire. Difficultés de diagnostic de l'hémorrhagie intra-péritonéale. Salpingectomie secondaire, guérison. *La Semaine Gynéc.*, 6 mars 1900, p. 73. — **Coyne** et **Boursier**. Appendicite et hémato-salpinx, grossesse tubaire. Rupture de la trompe et hématocèle péri-annexielle. *Rev. mens. de Gyn. Obst. et Pæd. de Bordeaux*, t. II, n° 1, janv. 1900, p. 31. — **Lindenthal**. Beitrag zur Therapeutie der Extrauteringravidität. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 175. — **Mattoli**. Contributo clinico alla diagnosi e al trattamento della gravidanza tubarica. *Clinica Ostetrica*, anno II, feb. 1900, p. 49.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Heinrich**. Ueber die Operation grosser Bauchnarbenbrüche. *Centr. f. Gynäk.*, 13 janv. 1900, n° 2, p. 53. — **Howard A. Kelly**. Exploration of the abdomen as an adjunct to every celiotomy. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5 feb. 1900, p. 322. — **Pichevin**. Laparotomie et lésions rénales silencieuses. *La Semaine Gynécologique*, Paris, 12 déc. 1899, p. 393. — **Taylor (Ch.)**. Experience in operations for typhoid perforation. *Annals of Gynec. and Pediatry*, january 1900, vol. XIII, n° 4, p. 221.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bollenhagen**. Zur Frage der Hinterscheitelbeineinstellung. *Zeits. f. Gebürts. und Gynäk.*, XLII, Bd. 2 Heft, p. 294. — **Herzfeld**. Ueber den Mechanismus bei Schadellagen und seine Beziehungen zü den Zangenoperation. *Wiener med. Presse*, 18 März 1900, p. 528, 577 —

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barberio**. Il centrôsoma nelle uova primordiali della coniglia. *Archivio italiano di ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 582. — **Herff (O.)**. Kann die Stelle des Auftretens des Contractionsphänomens auf rein anatomischem Wege « einwandsfrei » bestimmt werden ? *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.*, Bd XI, Heft 2, févr. 1900, p. 502. — **Leopold, Bott e Marchesi**. Sullo sviluppo e sulla struttura della placenta umana. *Archivio italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 572. — **Moisseney**. Recherches sur la perméabilité de la membrane amniotique. *L'Echo médical de Lyon*, 15 févr. 1900, p. 33. — **Neumann**. Ueber die Bestimmung der Beckenneigungen der lebenden Frau. *Monats. f. Gebürts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 253. — **Schatz**. Die Gefässverbindungen der Placentakreisläufe eineüger Zwillinge, ihre Entwickelung une ihre Folgen III, Die acardü und ihre Vermandten. *Archiv f. Gynæk.*, 60 Bd, Heft 1, p. 81 ; H. II, 201. — **Veit (J.)**. Untersuchungen über den osmotischen Druck zwischen Mütter und Kind. *Zeits. für Gebürts. und Gynäk.*, XLII, Bd 2, Heft, p. 316.

GROSSESSE. — **Bayer (H.)**. Kritisches zur Lehre von der Entfaltung und Nichtentfaltung der Mutterhalses in der Schwangerschaft.

Centr. f. Gynäk., 20 janv. 1900, n° 3. p. 81. — **Bossi**. Sulla fisiologia e sulla patologia della gravidanza nei giorni corrispondente ai periodi menstruali. *Archivio italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb. 1900, p. 53. — **Poux**. L'allaitement et les femmes enceintes. *Archives méd. de Toulouse*, n° 556, 1er et 15 mars 1900, p. 97 et 121.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bruno Wolff** (**H**.). Ein Fall vonzweieliger Zwillingsschwangerschaft. *Arch'v f. Gynæk.*, Bd 60, H. 2, p. 291. — **Shea** (**A. W.**). Multiple Pregnancy with Report of Cases. *Annals of Gynec. and Pediatry*, january, 1900, vol. XIII, n° 4, p. 240.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Black** (**J. M.**). Tubal Pregnancy with Report of Cases. *Annals of Gynec. and Pediatry*, january 1900, vol. XIII, n° 4, p. 252. — **Henrotay**. Grossesse extra-utérine tubaire. *Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1899-1900, t. X, n° 9. — **Kreutzmann** (**H. J**). Three Cases of Ectopic gestation. *American Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 42. — **Talmey**. Chorion Epithelium and Decidua in Tubal gestation. *Medical Record*, vol. 57, n° 10, 17 March 1900, p. 446.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Alfieri**. Un vizio de conformazione del cuore e dei grossi vasi causa di morte in un neonato. Suoi rapporti collo sviluppo embriologic del cuore normale. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, n° 1, gen. 1900, p. 17. — **Ferroni**. Osservaz e ricerche sui movimenti ritmici fetali intrauterini. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, déc. 1899, anno XXI, n° 12, p. 877. — **Hornibrook**. A Case of Cystic Teratoma complicated with Hemorrhage. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, févr. 1900, p. 316. — **Largeman**. Anencephalic monsters: Report of a Case. *American Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 2, févr. 1900, p. 104. — **Reynolds Wilson**. Omphalocele, Report of a Case. *American Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 2, févr. 1900, p. 100. — **Rondino** (**A.**). Un giovanissimo embrione umano con speciale considerazion agli annessi ed allo sviluppo della placenta. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VII, num, 1-2, gen. févr. 1900, p. 29. — **Wolff** (**J.**). Intrauterine Spontanamputation an der oberen Extremitaten bei einem Monate alten Fötus mit vollständiger Erhaltung des die Amputation behingenden Amniosfadens. *Archiv f. Gynæk.*, Bd 60, H. 2, p. 281.

DYSTOCIE. — **Blondez-Deletrez-Vince**. Dilatation de la vessie provoquée par un utérus gravide en rétroversion et enclavé dans le bassin. *Annales de la Soc. Belge de chirurgie*, 1900, p. 40. — **Boland** (**E. S**). Unlooked for Dystocia in certain multipara. *The Bos'on medical and Surgical Journal*, 28 déc. 1899, n° 26, p. 654. — **Boyd**. Dystocia due to an Anencephalic Monster: Notes on a Case. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 2, févr. 1900, p. 97. — **Coté**. Un cas de dystocie. *Bulletin médical de Québec*, 1re année, févr. 1900, n° 6, p. 296. — **Davis** (**E. P.**). The Frequency and mortality of Abnormal Pelves. *Amer. Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 11. — **Edwin K. Ballard**. Labor complicated by contracted Pelvis, large Fibroma of Uterus and Eclampsia. *American Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 32. — **Pagenstecher**. Ein Fall von multiple Myom des Graviden Uterus. *Cent. f. Gyn.*, janvier 1900, p. 118. — **Rector**. An interesting case of labor complicated by utero abdominal fixation. *Medical Record*, vol. 57, n° 10, 10 march 1900, p. 411. — **Stone** (**W. B.**). Ovarian Cystoma compli-

cating Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1900, p. 53. — **Veit** (J.). Ueber die Dystocie durch den Contractionsring. *Monats. f. Gebürts. und Gynæk.*, Band XI, Heft 2, févr. 1900, p. 493.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Audebert.** Faut-il renoncer à la Basiotripsie? *Archives méd. de Toulouse*, 15 janv. 1900, n° 2, p. 30. — **Bignami.** Contributo all'operazione cesarea conservatrice contaglio sagittale sul fondo. *Arch. italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb. 1900, p. 16. — **Cestan** et **Payrau.** Opération césarienne conservatrice. *La Semaine gynécologique*, Paris, 13 février 1900, p. 49. — **Draghiesco et Christeano.** Operation de Porro pour un cancer de l'utérus gravide. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Bucarest*, avril, mai, juin 1899, p. 83. — **Frank.** Beiträg zur Indicationsstellung der Sectio cæsarea. *Monats. f. Geburts. und Gynak.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 60. — **Füth** (H.). Ueber die Dekapitation mit dem Zweifels'chen Trachelorhe ter. *Centr. f. Gynæk.*, janv. 1900, n° 16, p. 6. — **Herzfeld.** Zur Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Schlüsselhaken. *Centr. f. Gynak.*, n° 11, 17 März 1900, p. 289. — **Malaper** et **Billot.** Opération césarienne conservatrice. Luxation du sacrum en avant. Diamètre antéro-postérieur de 65 millimètres. *La Semaine gynécologique*, Paris, 20 mars 1900, p. 89. — **Perondi.** La Clavicotomia. *Arch. italiano di Ginecologia*, anno 3, n° 1, 28 feb 1900, p. 28. — **Prokess.** Sectio cæsarea in moribunda. *Centr. f. Gynæk.*, n° 9, 3 März 1900, p. 241. — **Ramdohr.** Strict Indications for Obstetric Operation. *American Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 2, feb. 1900, p. 112. — **Skorscheban.** 44 fälle Fünstlicher krühgeburt und deren Enderfolge. *Monats. f. Geburts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janvier 1900, p. 323.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Anderson.** On the use of antistreptococcus serum in puerperal septicæmia and erysipelas. *British medical Journal*, 17 feb. 1900, n° 2042, p. 378. — **Belitz-Heimann.** Zur Kasuistik des Kolpaporrhexis sub partu. *Centr. f. Gynæk.*, 3 feb. 1900, n° 5, p. 150. — **Bond** (A.-K.). The cause and cure of convulsions after Labor. *American Journal of Obstetrics*, january 1900, vol. XLI, n° 265, p. 35. — **Bossi.** Retrodeviazioni dell'utero in gravidanza. *Archivio italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 551. — **Ciofi.** Difterite utero-vaginale nel puerperio. *Riforma medica*, 21 nov. 1899, p. 541. — **Davis** (E.-C.). Post-Partum Hemorrhage, Its prevention and treatment with the Report of an Unusual case. *Med. Record*, january 13, 1900, n° 53. — **Evans** (D. J.). On the Etiology of the Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, january 1900, vol. XVI, n° 1, p. 45. — **Florenzo d'Erchia.** Experimentale Untersuchungen über die Retention der Eihüllen, Eine Vorstudie. *Zeits. f. Geburts. und Gynæk*, XLII, Bd 2 Heft, p. 273. — **Fleischman** (H.). Forceps in mortua. Lebendes Kind. *Centr. f. Gynæk.*, 27 janv. 1900, p. 113. — **Funke.** Beiträg zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi. *Centr. f. Gynæk.*, 24 feb. 1900, n° 8, p. 317. — **James Pearse.** A case of Placenta Prævia and rupture of the Uterus; recovery. *British medical Journal*, feb. 17, 1900, n° 2042, p. 379. — **Kentmann** (H.). Tetanus puerpueralis. *Monats. für Geburts. und Gynæk.*, Bd XI, Heft 2, feb. 1900, p. 527. — **Langhans.** Ueber den fibrinösen Placentarpolypen. *Monats. f. Geburts. und Gynæk.*, Bd XI, Heft 2, feb. 1900, p. 508. — **Lapeyre** (L.). Péritonite purulente enkystée d'origine puerpérale à marche subaiguë. *Gazette médicale du Centre*, janv. 1900, 5e année, n° 1, p. 1. —

Lechat. Un cas de môle hydatiforme. *Archives médicales d'Angers*, 20 janv. 1900, 4e année, n° 1, p. 21. — **Macharg**. An analytical account of fifty seven cases of puerpueral infection. *British med. Journal*, 17 feb. 1900, n° 2042, p. 373. — **Mandl**. Klinische und anatomische Beiträg zur Fräge des completen Tubarbortes. *Monats. für Geburts. und Gynæk.*, Bd XI, Heft I, janv. 1900, p. 203. — **Mariani**. Grave infezione puerperale del l'utero accompagnata da peritonite acuta, Isterectomia vaginale, guarigione. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VII, num. 1-2, gen. feb. 1900, p. 20. — **Neumann**. Forceps in mortua. Lebends Kind, Bemerkungen über Tod in der Geburt und Entbindung in aufrechter Stellung wegen Orthopnoë. *Centr. f. Gynæk.*, n° 10, 10 mars 1900, p. 266. — **Ponfick**. Zur Anatomie der Placenta prævia. *Archiv f. Gynæk.*, 60 Bd, Heft 1, p. 147. — **Rossier**. Un cas de missed abortion. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20e année, n° 3, 20 mars 1900, p. 142. — **Sfameni**. Emorragia nel parto da rottura di vasi ombelicali nella inserzione velamentosa del funiculo. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, déc. 1899, anno XXI, num. 12, p. 923. — **Webber**. A case of puerpueral septicæmia in which a favourable result was obtained from one injection antistreptococcus serum. *British Med. Journal*, 17 feb. 1900, n° 2042 p. 377. — **Williams Hirsch**. Puerperal Insanity. *Medical News*, 6 janv. 1900, n° 1522, p. 10.

THERAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Lorain**. Indications et contre-indications des injections vaginales d'eau chaude pendant l'accouchement. *Revue médicale*, 17 janv. 1900, n° 289, p. 11. — **Richard Braun Fernwald**. Bedarf der Carl v. Braun'sche Dekapitationshaken einer Verbesserung. *Centr. f. Gynæk.*, n° 12, 24 März 1900, p. 313.

VARIA. — **Bronw Cooke** (J.). The justo-major pelvis as a factor in the causation of perineal injuries. *Medical News*, 10 feb. 1900, p. 203. — **Falk**. Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtselfer und Gynäkologen. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 7, p. 193. — **La Torre** (F.). Intorno al riposo a letto delle puerpere. *Clinica Ostetrica*, anno II, feb. 1900, p. 56. — **La Torre**. Responsabilita e doveri del medico e della levatrice nelle lacerazioni perineali. *Clinica Ostetrica*, anno II, gennaio 1900, p. 3. — **Lepage**. Diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. *Gazette hebdomadaire*, 25 févr. 1900, n° 16, p. 181. — **Neumann**. Eine neue methode der inneren Beckenmessung an der lebenden Frau. *Monats. für Geburts. und Gynäk.*, Bd XI, Heft 1, janv. 1900, p. 237. — **Parker** (F.). A unique Case in Obstetrics. *Medical News*, vol. LXXVI, n° 10, march 10, 1900, p. 373. — **Rudolf Temesvary**. Volksbräuche und Aberglauben in der Geburtshilfe und der Pflege des neugebornen in Ungarn. *Th. Griben's Verlag.*, Lepzig. — **Sabrazés** et **Cabanne**. Myxœdème opératoire, tétanie et troubles psychiques aggravés par une grossesse et terminés par la mort après accouchement (suite et fin). *Gazette Sciences méd. de Bordeaux*, n° 10, 11 mars 1900, p. 10. — **Sperling** (M.). Wöchnerinnenasyl and Reform der Geburts und Wochenbettshygiene. *Centr. f. Gynæk.*, 24 feb. 1900, n° 8, p. 226. — **Young**. Tolerance of the Gravid Uterus with a Case. *Annals of Gynec. and Pediatry*, vol. XIII, n° 5, feb. 1900, p. 320.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

DES
AVANTAGES D'OPÉRER SANS HÉMOSTASE PRÉALABLE

Par le Professeur **A. Goubaroff** (Moscou).

> En chirurgie ce ne sont pas toujours les procédés les plus brillants, ni ceux qui ressemblent le plus à des tours de force, mais ceux qui inspirent le plus de confiance et de sécurité, qu'on doit préférer.
> (*Dict.* en XV vol., vol. VI.)

Il est indiscutable aujourd'hui que les principes de la chirurgie générale doivent trouver leur application dans tous les cas particuliers qui nécessitent les secours de cet art. Aussi a-t-on fait de nombreuses tentatives pour simplifier et perfectionner les procédés opératoires tant dans le domaine de la gynécologie que dans celui de la chirurgie abdominale. Nous n'avons pas perdu le souvenir de ces procédés classiques pour les opérations sur les organes génitaux de la femme, procédés dans lesquels on se plaisait à découper des papillons et autres figures bizarres, à multiplier et à compliquer les sutures, qu'on prétendait indispensables pour l'efficacité des opérations plastiques dans cette région. Il en était de même pour les opérations abdominales.

On n'osait négliger aucune précaution, multipliant les ligatures élastiques dans les opérations sur l'utérus, appliquant d'énormes pinces sur tout ce que l'on allait sectionner. On mettait en œuvre, en un mot, un arsenal compliqué et encombrant qui laissait supposer que tout ce que l'on se proposait de couper devait saigner au moins aussi fort qu'une artère.

Dans des publications antérieures (1), je me suis efforcé de

(1) Voir : *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie* (en russe). St-Pétersb., 1897 et 1899, ainsi que *Monatsschrift für Geburtsh. und Gynæc.*, 1897.

montrer combien il était avantageux d'isoler les artères avant de les lier au cours des opérations dans la cavité abdominale, et ces avantages ont été mis hors de doute par les travaux de Bumm, de Pierre Delbet, de Doyen et autres : ils ne peuvent plus présentement être discutés. Cette manière d'opérer supprime maintes complications, la chute d'une ligature, l'hémorrhagie dans le tissu cellulaire, etc., elles ne peuvent plus se produire car, les artères étant liées, on a supprimé toutes les conditions nécessaires à leur production.

Quoi qu'il en soit, plusieurs opérateurs continuent encore à regarder comme indispensable de lier d'avance tout ce que l'on va couper pour enlever une tumeur dans la cavité abdominale afin de se garantir contre l'éventualité d'une hémorrhagie quelconque. Théoriquement ils ont raison : quand tout a été lié d'avance, on doit obtenir une sécurité complète, toute possibilité d'hémorragie étant écartée. Malheureusement ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent. Les ligatures coupent les tissus qu'on s'est donné tant de peine à comprimer, et souvent une hémorrhagie secondaire ne se fait pas attendre longtemps. Il faut une grande expérience pour bien apprécier la force que l'on doit employer en appliquant les ligatures afin qu'ultérieurement elles ne coupent pas les tissus, ou qu'elles ne cèdent pas aussitôt qu'on aura placé le nœud.

J'ai conservé un souvenir précis des premiers cas que j'ai opérés. Maintes fois je me suis trouvé obligé de lier deux ou trois fois le même pédicule, car après le moindre attouchement les ligatures glissaient et le moignon se mettait à saigner, ou bien le péritoine près de la ligature se gonflait et devenait noir, le tissu cellulaire sous-jacent s'étant imbibé de sang parce que la ligature venait de couper un vaisseau dans la profondeur. Il me fallait inciser le péritoine pour faire sortir l'épanchement et refaire à nouveau mes ligatures. Et tout cela ne paraissait pas dépendre de la manière dont je liais mes pédicules, parce que j'obtenais les mêmes résultats en appliquant le nœud de Staffordshire (à la manière de Tait), aussi bien qu'après d'autres modifications qui me semblaient bien combinées pour éviter

ces complications. Dans certains cas de tumeurs intraligamentaires, je continuai à rencontrer ces accidents, ce qui tient certainement à l'épaisseur des tissus qu'on doit lier dans ce cas.

Toutes ces difficultés qu'on trouve avec les pédicules ont toujours intéressé les chirurgiens, et beaucoup de travaux sur les soins à donner à ces pédicules ont été écrits et publiés.

L'idée qu'on doit à toute force créer un pédicule ne saurait plus avoir aujourd'hui qu'une valeur historique ; on ne peut plus invoquer de motif sérieux à la nécessité d'établir un pédicule, du moment que les tissus des organes de la cavité péritonéale peuvent être sectionnés aussi méthodiquement que les tissus des autres organes du corps, et c'est ce qui a lieu aujourd'hui.

On avait lieu de craindre que les tissus sectionnés s'égarent parmi les intestins en causant des difficultés opératoires quand les procédés récents pour rendre accessible le champ opératoire n'existaient pas encore, ou manquaient de précision. La position avec bassin élevé, dite de Trendelenburg, accompagnée d'une anesthésie complète, ont depuis longtemps aboli toute raison de pareilles craintes, même au cours des opérations dans le petit bassin, c'est-à-dire dans le recoin le plus profond de la cavité abdominale

Or les raisons principales pour établir un pédicule, à savoir : la crainte d'avoir une hémorrhagie, soit en sectionnant les tissus, soit après les avoir sectionnés en laissant échapper dans la profondeur ce qui pourrait saigner, ces raisons ne peuvent plus présentement être considérées comme valables.

Reste la possibilité d'une hémorrhagie veineuse, qui aurait été observée quelquefois. Dans la plupart des cas, une hémorrhagie veineuse ne peut être considérée que comme l'effet d'un malentendu, au moins en ce qui concerne les cas où il n'y a lésion ni de la veine cave ni de la veine porte. Si dans les opérations sur la surface du corps une hémorrhagie veineuse ne peut avoir l ı que lorsqu'il existe quelque obstacle pour le reflux du sang ı s le bout central d'une veine, il ne peut y avoir de même ı une raison sérieuse pour prétendre que dans la cavité abdo- ı ale les choses devraient se passer autrement. Il est vrai

que l'ouverture béante d'une veine à demi sectionnée peut saigner tant qu'elle ne sera pas coupée complètement. On sait bien que Dupuytren avait raison quand il disait qu'une hémorrhagie veineuse ne s'arrête quelquefois que lorsque la veine a été sectionnée entièrement, ce qui de plus est facile à expliquer puisque le bout périphérique d'une veine qu'on vient de couper se rétracte et s'affaisse, tandis que le sang se dirige par les anastomoses profondes vers le cœur. Dans la cavité du bassin les circonstances locales secondent cet effet ; chaque artère est accompagnée de deux veines, quelquefois même de trois. Quand on lie le bout central d'une veine, ou quand on la comprime avec une pince hémostatique, on obtient tout le contraire : le sang ne trouve plus de voie pour suivre son cours vers le centre et il se produit une hémorrhagie comme dans le cas d'une bande Esmarch mal appliquée, ou lorsqu'on aura placé le bandage pour faire la saignée au pli du coude. Les conditions du reflux veineux, la malade étant placée en position Trendelenburg, sont tellement favorables que, pour se garantir d'une hémorrhagie ultérieure, on change ordinairement cette position en position horizontale pour s'assurer, avant de fermer, que rien ne saigne (cela semble être aujourd'hui de pratique courante). Or, dans la position horizontale la circulation veineuse se fait plus lentement que dans celle à bassin élevé et si quelque suture venait à comprimer une anastomose veineuse, on constaterait une hémorrhagie, le sang n'ayant plus le temps nécessaire pour passer à travers le point rétréci du vaisseau, même lorsqu'il ne serait comprimé que par une suture superficielle unissant le péritoine seul. Il va sans dire que l'accident serait plus accusé si la ligature avait compris quelque veine d'un volume assez considérable.

Il serait donc difficile de trouver quelque raison sérieuse pour lier autre chose que les artères. Si, de plus, on se rappelle combien la présence d'une hémorrhagie veineuse peut chang l'aspect des tissus et empêcher de distinguer leurs relatio topographiques, on ne peut douter que toute ligature un p étendue, telle qu'on les fait quand on établit un pédicule, devr

être évitée avant tout. Je dirai aussi que cette manière de faire, en comprimant les tissus, les rend méconnaissables, les privant de leurs qualités les plus précieuses, celles qui servent de base pour toute étude topographique et qui permettent de les distinguer. Tout cela disparaît complètement après une ligature en masse qui attire les tissus les plus denses et élastiques et les transforme en un moignon dur et uniforme.

Il est évident que toute considération relative aux pédicules ne devrait pas avoir d'autre sens ou d'autre application pour la cavité péritonéale que pour toute autre partie du corps. On pourrait donc lier un pédicule dans le cas d'un polype ou d'une verrue ou bien pour enlever une hydatide de Morgagni; mais toute opération chirurgicale ne peut prendre en considération autre chose que les tissus qu'on doit sectionner et les relations topographiques de ces tissus et des organes qu'on va couper, elle n'a rien à faire avec un pédicule quelconque.

Nous allons passer en revue les relations topographiques dans la région qui concerne le champ opératoire du gynécologue dans la cavité abdominale et nous tâcherons d'apprécier les dangers qu'il peut courir en sectionnant les tissus sans ligature préalable et sans songer à établir un pédicule.

Quand on étudie les pièces remarquables du professeur Hyrtl ou les figures qu'il a publiées sur les vaisseaux de l'utérus et du ligament large, on est frappé par l'abondance, la sinuosité des veines et de leurs anastomoses, ainsi que des connexions intimes de tous ces vaisseaux avec l'uretère qu'ils entourent de tous côtés.

On retrouve la même disposition, mais encore plus prononcée sur le beau dessin publié récemment par le Professeur H. Kelly. Ce dessin, que nous reproduisons ici (voir fig. 1), de même que ceux du professeur Hyrtl, a été fait d'après nature, ce qui le rend très instructif.

On voit bien, en étudiant ce dessin, que le réseau vasculaire du ligament large présente un aspect caverneux. L'accumula-

1) H.-A. Kelly. *Operative Gynecology*, vol. I, p. 60; fig. 30. London, 1898.

tion vasculaire, aussi épaisse que le petit doigt, laisse supposer que tout ce que l'on va toucher de la pointe du bistouri ou des ciseaux saignera abondamment.

De plus, on voit bien sur cette figure qu'on ne pourrait être assuré d'arrêter une hémorrhagie en appliquant une pince

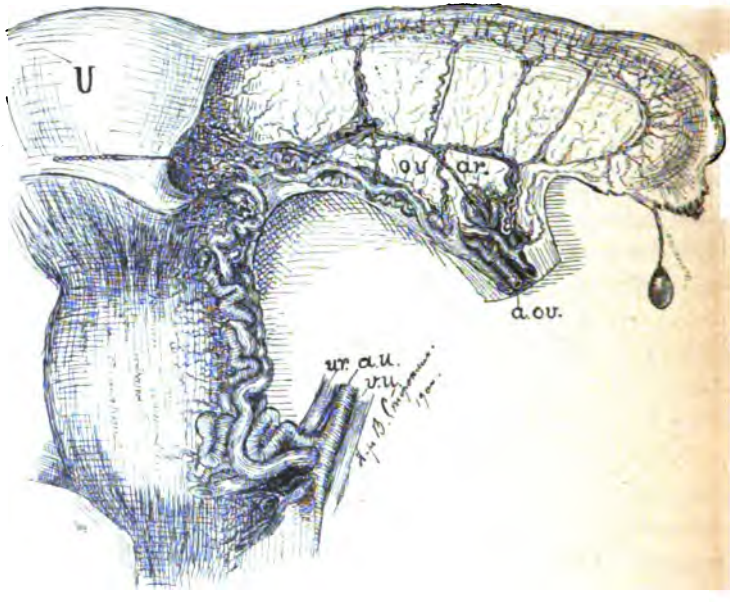


FIG. 1. — Vaisseaux du ligament large et leurs relations avec l'uretère (d'après H. Kelly). Le péritoine de la face postérieure du ligament large gauche a été enlevé pour laisser voir les vaisseaux et l'uretère dépouillés des tissus qui les recouvraient,

U. Utérus. — *a. ov*. Artère ovarique. — *ovar*. Ovaire. — *ur*. Uretère. — *a. u*. Artère utérine. — *v. u*. Veine utérine, la satellite de cette veine passe derrière l'uretère et n'est pas visible ici.

hémostatique sur l'artère qu'on aura coupée, car il peut bien arriver que l'on coupe la même artère en plusieurs points et plusieurs reprises, ce qui nécessite plusieurs ligatures pour même vaisseau, avant d'avoir traversé ce réseau. S'il vena à s'ajouter une hémorrhagie veineuse, on ne pourrait en outi

être sûr de pouvoir bien distinguer l'uretère dans les tissus imbibés de sang. Même dans le cas où on aurait réussi à bien discerner ce conduit, on courrait toujours le risque de léser toutes ces veines d'un calibre si considérable. Voilà donc des conditions assez défavorables pour toute opération dans cette région. On comprend bien qu'il serait infiniment plus simple et plus sûr de comprendre tous les vaisseaux, tant artères que veines, en une seule ligature, pour pouvoir opérer à sec. Il est vrai qu'une pareille ligature pourrait comprimer l'uretère; mais il vaudrait mieux laisser la malade subir le risque d'avoir une lésion de ce conduit que celui d'une hémorrhagie qu'on ne pourrait peut-être pas arrêter. Ce sont bien les réflexions qui s'imposent en étudiant cette figure.

Heureusement toutes ces craintes peuvent être annulées, et par des mesures fort simples.

Il suffit, en effet, de distendre assez fortement le ligament large en attirant dans la direction opposée le fond de l'utérus saisi par une bonne pince érigne, ce qui fait disparaître les conditions défavorables que nous venons de mentionner.

La figure 2 montre la disposition des vaisseaux et leurs relations avec l'uretère lorsque le ligament large est bien distendu. Cette figure, ainsi que celle de Kelly, a été dessinée d'après une pièce; mais les artères, dans ce cas, ont été injectées avec une masse demi-liquide (celle de Wiksemsky : farine, glycérine, eau phéniquée) permettant de tirailler les vaisseaux sans les briser, ce qui ne pourrait avoir lieu en cas d'injection avec une masse solide.

Si on compare cette figure (fig. 2) avec la précédente (fig. 1), on remarque ici une grande différence en faveur des conditions opératoires :

On voit d'abord que les vaisseaux sanguins ne sont plus concentrés : ils semblent occuper moins de place, ils ne sont plus pliés sur eux-mêmes ; de plus, ils ont pris chacun une (ection qui permet de les bien différencier. Ils ont néanmoins (iservé leurs relations avec l'uretère, car pour les mettre à on s'est borné à enlever le feuillet péritonéal du ligament ge. Dans ces conditions on a pu rendre très visibles les

vaisseaux parce que le cadavre qui a servi pour préparer cette

FIG. 2. — Position à bassin élevé. Incision médiane.

L'utérus *u* est saisi par une pince érigne et fortement attiré à gauche et en haut. La lèvre droite de l'incision est fortement écartée. Les annexes droites ont été enlevées par un coup de ciseaux avec la partie supérieure de la grande anastomose de l'utérine. Les deux bouts de cette ana anastomotique sont : *a. c.* l'artère ovarique et *a. u.* l'artère utérine ; — *s.* symphyse pubienne; — *p.* promontoire ; — *d.* cul-de-sac de Douglas ; - *R.* rectum ; — *A.* aorte ; — *a. i. i.* artère iliaque-interne ; — *v. u.* veir utérine ; — *l. r.* ligament rond.

pièce était tout à fait privé de tissu graisseux et, pour mettre les vaisseaux en évidence, on n'a pas eu besoin de toucher au tissu cellulaire qui les enveloppait.

Pour obtenir la pièce de la figure 2 on a enlevé la partie supérieure de l'anse anastomotique entre l'utérine et l'ovarique. Les veines qui accompagnaient cette anse n'ont pas été dessinées, car elles ne présentent aucun intérêt opératoire, ce qui sera démontré plus loin.

Quand on procède à l'extirpation des tumeurs des annexes, kystes, kystomes, salpingites, etc., la section de cette anse anastomotique est la plus grande lésion du système vasculaire que ce genre d'opération puisse exiger. Notons, en passant, que souvent, après l'ablation d'une trompe ou d'un ovaire, cette anse peut rester complètement intacte, car ce ne sont que ses branches qui auront été sectionnées au cours de ces opérations. Un regard sur la figure 1 suffit pour convaincre qu'on ne saurait attendre quelque hémorrhagie digne d'être mentionnée, qui puisse provenir de cette source. L'observation journalière démontre, à son tour, qu'on peut simplement couper à coups de ciseaux toutes ces branches artérielles avec le méso qui les renferme sans prêter aucune attention à l'hémorrhagie, qui s'arrête aussitôt que la plaie péritonéale du ligament large aura été fermée par un simple surjet. Ce ne sont que les grandes tumeurs de l'ovaire et, en particulier, les tumeurs intraligamentaires qui pourraient exiger la section de cette anse dont les deux bouts, dans ce cas, doivent être liés séparément. Pour en finir avec la partie supérieure du ligament large, nous allons décrire la manière d'opérer que nous avons adoptée pour les cas simples, comme extirpation d'une trompe ou d'un ovaire, les connexions topographiques dans ces deux cas présentant une identité presque parfaite.

On commence par rechercher le fond de l'utérus qu'on saisit ec une pince érigne pour le tirer en haut et vers le côté posé. Les adhérences sont déchirées avec le doigt ou sectionnées par quelques coups de ciseaux. On saisit le bout utérin de trompe et on le comprime avec une pince pour ne pas laisser

échapper son contenu. Le bord libre du méso est marqué à son tour par une autre pince ne comprimant que le péritoine ; cette dernière pince est destinée à marquer la fin de l'incision et à servir de repère pendant l'application de la suture. Ces deux pinces sont confiées à un aide qui étend la base du méso-salpinx. Le chirurgien saisit la trompe entre l'index et le médius de la main gauche et d'un coup de ciseaux divise le méso tout le long de sa base. Si après l'ablation de la tumeur quelque artère donnait du sang, on n'aurait qu'à appliquer une pince hémostatique, à isoler le vaisseau et à le lier. Quand en sectionnant le méso on commence par le bout utérin se dirigeant vers le ligament *infundibulo-pelvicum*, on ne trouve

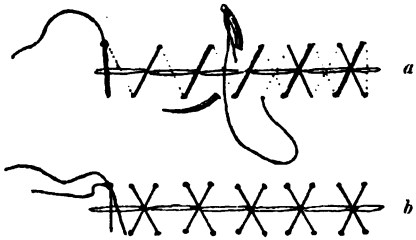


FIG. 3. — Schéma du surjet double à points croisés. *b*. Application du surjet. Suture terminée.

ordinairement rien qui mérite une ligature et on peut se borner à procéder directement à la suture. Un simple surjet suffit, mais il a l'inconvénient de raccourcir le ligament. Pour éviter cet inconvénient, on peut avoir recours au surjet à points renforcés (comme celui de Doyen pour la gastro-entérostomie). C'est ainsi ce que je fais volontiers. Mais il vaut bien mieux appliquer le surjet double que j'appelle *surjet croisé* et que j'emploie à présent presque toujours. Pour faire cette suture, on commence par fixer le bout initial d'un surjet ordinaire en faisant un nœud. Après avoir passé le long de la plaie et ayant soin de ne pas trop serrer le fil, on retourne en sens inverse vers le bout initial en continuant toujours de coudre en surjet. Il ne reste plus qu'à lier les deux bouts pour fixer le bout terminal (voir fig. 3).

L'expérience m'a fait apprécier les avantages de cette suture. Je me contentais d'abord d'un simple surjet dont je nouais les deux bouts. Mais cette manière de faire, comme je viens de le dire, raccourcissait le ligament, ce qui empêchait de faire l'hystéropexie abdominale que je fais toujours après l'ablation des annexes. Quand on a eu soin de fixer l'utérus à la paroi abdominale, on a l'avantage de pouvoir toujours introduire par le coin inférieur de la plaie abdominale une sonde uréthrale pour juger de la nature d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas, ce qui simplifie le traitement ultérieur en permettant de préciser plusieurs indications importantes comme pour introduire un drainage ou pour procéder à une laparotomie secondaire pour arrêter une hémorrhagie. Il va sans dire que l'introduction d'une sonde à travers la plaie peut se faire sans anesthésie : avec une sonde bien stérilisée, c'est une intervention minime, se faisant pendant la visite.

Dans le cas de tumeur intraligamentaire provenant des annexes et solidement fixée par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas la possibilité de l'ablation dépend de l'état du tissu cellulaire de la base du ligament large. En effet, si ce tissu a perdu son extensibilité, on a pour les vaisseaux sanguins précisément les mêmes relations topographiques que celles que nous avons vues sur la figure 1.

Il pourrait dans ce cas être très difficile et même impossible de modifier ces conditions défavorables. C'est ce qui a lieu lors de l'extirpation d'un utérus carcinomateux par voie abdominale quand le tissu cellulaire est envahi, ne serait-ce qu'en partie, par le néoplasme. Les difficultés qu'on rencontre dans ce cas font un contraste complet avec la facilité de l'ablation par la même voie d'un utérus fibromateux quand le tissu cellulaire est sain.

Les tumeurs enclavées dans le petit bassin ne donnent lieu à des difficultés sérieuses pour une opération que si le tissu cellulaire para-utérin a perdu son extensibilité. C'est par excellence la condition qui peut rendre impossible l'ablation de la tumeur, mais, tant que ce tissu peut être distendu, on peut

admettre comme règle générale que toute tumeur située dans le petit bassin peut être extirpée si on choisit le plan et les tissus convenables pour ce faire et si on ne fait pas d'hémostase préalable, car on comprend bien qu'une ligature ayant comprimé les tissus pourrait non seulement entraver, mais même rendre impossible la reconnaissance du plan qu'on recherche et l'achèvement de l'opération. Or, tant que le tissu cellulaire est resté sain, l'immobilité de la tumeur ne doit pas être regardée comme une contre-indication à l'ablation, car la tumeur peut être rendue mobile au cours même de l'opération ; une tumeur des annexes n'est véritablement immobile et inopérable que quand ce tissu a subi une infiltration inflammatoire ou par néoplasme.

Prenons un autre cas : La tumeur elle-même est restée mobile, mais le point de l'implantation sur le ligament large est entre les feuillets mêmes de ce ligament. C'est ce qui a lieu dans le cas de tumeur volumineuse à base intraligamentaire. Ici on peut ordinairement tout de même saisir le fond de l'utérus pour obtenir les conditions qu'on trouve sur la figure 2. Dans l'extirpation d'une tumeur de ce genre, on peut rencontrer deux cas : ou bien : 1° la tumeur ne tient que par la base du mésosalpinx, ou 2° elle descend jusqu'à la base du ligament large dont elle a écarté les feuillets.

Dans le premier de ces cas, quand elle ne tient qu'au méso, elle descend très peu au-dessous du ligament rond. Il suffit alors de marquer par une pince le bord libre du *ligamentum infundibulo-pelvicum* et de procéder à la section de tout ce qui tient, en commençant près de la corne utérine pour terminer vers ce ligament. Au premier coup de ciseaux, on voit ordinairement près de la corne utérine une artère qui saigne : c'est le bout interne de la partie supérieure de l'anse anastomotique. On y place une pince de Péan et on continue à détacher la tumeur avec le doigt et à sectionner à coups de ciseaux les feuillets du ligament large. Les quelques artérioles qu'on rencontre pendant ce temps opératoire n'exigent ordinairement rien de spécial. Une fois la tumeur enlevée, on recherche l'autre bout de l'anse anastomique, l'artère ovarique, qu'on trouve près de la

pince qui marque le ligamentum infundibulo-pelvicum (voir fig. 2). Il reste à réunir les feuillets péritonéaux sectionnés par un surjet approprié. Un cas pareil diffère peu de ce que nous

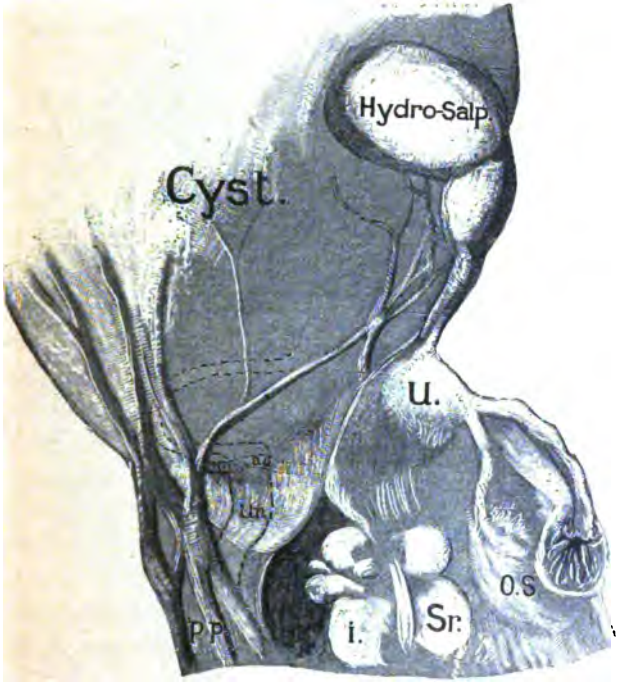


FIG. 4. — Kyste volumineux intra-ligamentaire, enclavé dans le ligament large gauche.

u. utérus. — *i. Sr.* Intestin sigma Romanum. — *p. p.* Plexus pampiniformis; l'uretère *u. r.* est marqué par le pointillé. On voit l'endroit dilaté, ce qui a dû dépendre de la compression. La surface antérieure de ce conduit est croisée par l'artère utérine *a. u.* (Opér. octobre 1899. Durée de l'opér. 30 min. Guérison.)

nons de dire à propos de l'extirpation d'une trompe ou d'un aire.

Prenons le second cas de tumeurs intraligamentaires. La meur est fixée dans la base même du tissu cellulaire du liga- ent large et intimement unie à l'artère utérine et à l'uretère,

mais l'utérus peut encore être relevé et placé dans les conditions de la figure 2. Ici il vaut mieux commencer par le bout externe du ligament large et se diriger en le sectionnant vers la corne interne. On commence à sectionner le ligamentum

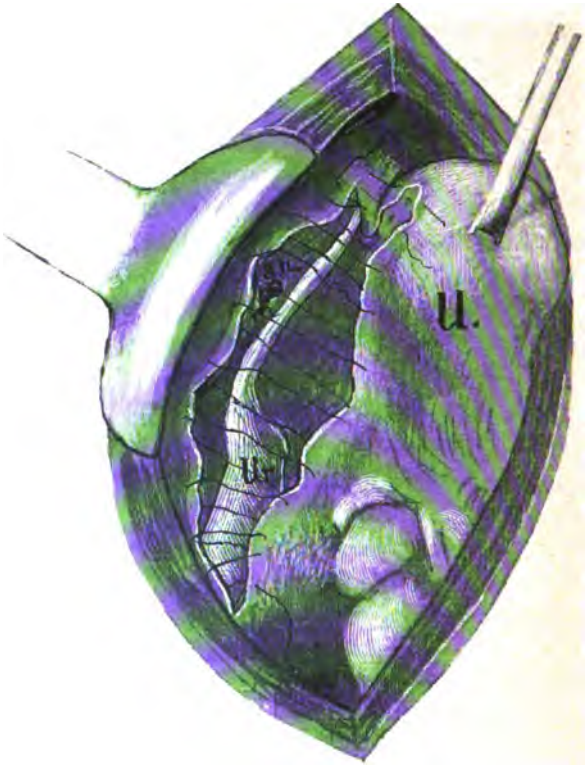


FIG. 5. — Le même cas que sur la fig. 4, mais après l'ablation de tumeur. U. utérus. — *a. u.* Artère utérine, le lieu ou elle a été liée. — *ur.* Uretère avec l'endroit dilaté. Les sutures appliquées mais non encore serrées.

infundibulo-pelvicum. Des veines aussi grosses qu'un crayon (voir fi. 4) peuvent former la masse de ce ligament. C'est ce qu'on appelle le plexus pampiniformis. Le mieux est de n'y faire aucune attention et de les couper simplement de prime abord d'un coup de ciseaux, parce que quand elles auront été section-

nées, elles ne peuvent plus saigner. (Il va sans dire qu'on a mis la patiente en position élevée du bassin et qu'on n'a pas mis de pinces sur ces veines.) C'est ce qui a été fait dans le cas représenté sur la figure 4, et c'est bien pourquoi, à ce qu'il me semble, j'ai réussi à épargner l'uretère qu'il aurait été tout à fait impossible de distinguer après avoir placé une ligature en masse sur toutes ces veines. J'ai eu beaucoup de peine à détacher ce conduit solidement uni à la surface du kyste : il fallut s'appliquer constamment à couper les couches superficielles de cette tumeur pour en venir à bout. La paroi du kyste en ce point était mince et aussi transparente qu'un feuillet de péritoine. Pendant l'isolement de l'uretère, il a fallu écarter fortement l'artère utérine en avant et en dehors et après l'ablation de la tumeur cette artère a été trouvée isolée sur l'étendue de plusieurs centimètres ce qui permit d'appliquer la ligature en dehors de l'uretère (voir fig. 5).

Pour terminer l'hémostase il a fallu lier encore une artère, l'ovarique. Il est à remarquer que l'hémorrhagie au cours de cette opération fut absolument insignifiante, quoique le plexus pampiniformis fût composé de veines très volumineuses, plus grosses qu'un crayon, comme on le voit sur la fig. 4 ; mais ces veines n'ont pas été comprimées par des pinces ; elles ont simplement été coupées par des ciseaux et elles n'ont pu saigner. Après avoir suturé la plaie du ligament large par un surjet, on referma l'abdomen sans drainage aucun.

Il peut arriver qu'une tumeur intraligamentaire contracte des adhérences avec l'épiploon et les intestins, comme avec l'anse sigmoïde et alors le ligamentum infundibulo-pelvicum peut être tout à fait masqué ; dans des cas pareils, la recherche de l'uretère peut devenir impossible si on veut commencer la section par ce ligament. C'est ce qui a eu lieu dans un cas de sarcome de l'ovaire gauche que l'on voit sur la fig. 6. Ici il a fallu cher-
ier une autre voie pour détacher la tumeur et pour éviter une
sion de l'uretère. Voici comment nous nous sommes tiré d'af-
ires. Ayant remarqué que le ligamentum infundibulo-pelvi-
m ne pourrait être retrouvé avec précision, je commençai par

sectionner le feuillet antérieur du ligament large, le long du ligament rond et je cherchai à détacher avec le doigt l'insertion de la tumeur dans la base du ligament large, je coupai en même temps le feuillet postérieur de ce ligament.

Après cela, il ne resta que deux points fixes : l'un, près de la corne utérine et l'autre près du plexus pampiniformis. Il était

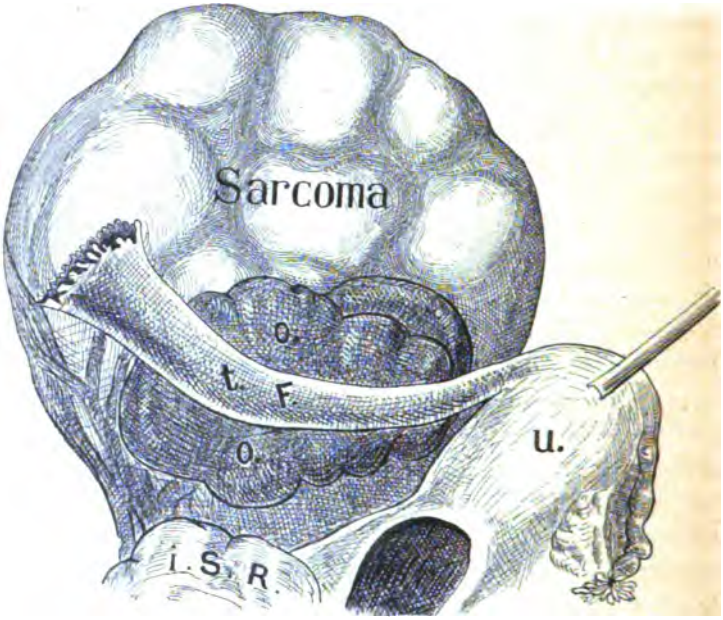


FIG. 6. — Sarcome de l'ovaire gauche.

U. Utérus. — *t. F.* Trompe. — *o. o.* Ovaire envahi par le néoplasme. — *i. S. R.* Intestin sigma Romanum, fortement fixé à la tumeur. (Opér. janvier 1900. Durée de l'opération, une heure. Guérison.)

évident qu'on n'aurait pu léser l'uretère en sectionnant tout ce qui tenait à la corne utérine, car ce conduit ne pourrait être situé près de cette corne. Ayant sectionné cette attache de la tumeur, on vit un jet de sang artériel près de la corne utérine ; c'était le bout terminal de l'artère utérine. On pouvait alors être sûr que : 1° « la partie profonde de l'utérine était restée

intacte et que 2° « l'uretère, situé encore plus profondément que cette artère, ne pouvait non plus avoir été lésé. L'artère devait bien avoir été épargnée, car, dans le cas contraire, son bout terminal près de la corne n'aurait pu saigner, parce que le sang n'aurait pu atteindre ce bout, s'il y avait eu une lésion plus haut. Si, d'autre part, l'utérine avait été sectionnée pendant le détachement de la tumeur, on aurait vu un autre jet artériel situé sur la surface de la tumeur, mais il n'y en aurait eu aucun près de la corne utérine. Par conséquent, on pouvait être certain que dans la profondeur on avait laissé intacts et l'artère et le conduit de l'urine. Cela étant admis, on pouvait, avec la même sûreté, sectionner les dernières attaches de la tumeur vers la ligne innominée sans crainte aucune pour le sort de l'artère et de ce conduit. C'est aussi ce qui a eu lieu, je sectionnai de très grosses veines (comme elles le sont toujours dans les sarcomes) et l'artère ovarique que je liai *in loco*, après l'avoir isolée. La plaie du péritoine fut réunie par un surjet et je fermai l'abdomen sans drainage.

En cas de tumeurs intra-ligamentaires solidement enclavées dans la profondeur du petit bassin, les adhérences peuvent être tellement résistantes qu'on ne parvient pas à attirer le fond de l'utérus. C'est précisément ce que l'on trouve à la suite de paramétrites de longue durée. Dans ces cas, on se trouve obligé de sectionner des adhérences ressemblant à du cartilage, au fond du cul-de-sac de Douglas, ce qui se fait à l'aide de ciseaux guidés par la pointe du doigt. En procédant ainsi, on n'a pas à craindre de léser l'intestin si l'on a eu soin de suivre exactement la face postérieure de l'utérus. Ordinairement on n'a aucune hémorrhagie, mais même si celle-ci survenait on n'aurait pas à s'inquiéter, car une fois l'utérus attiré en haut, on sera toujours en état de la maîtriser par quelques points de suture.

En général, dans ces conditions, aucune hémorrhagie ne ourrait créer un obstacle sérieux ; même si l'on avait sectionné artère utérine, on n'aurait qu'à appliquer une pince, comme il 'est arrivé une fois au cours de l'extirpation d'un utérus fibroateux.

Dans le cas auquel je viens de faire allusion, je n'avais pas pensé à l'état climatérique du vagin, et au lieu de faire introduire une pince dans le cul-de-sac postérieur du vagin pour pouvoir le retrouver, comme le préconise Doyen et comme j'ai coutume de faire, je commençai directement à sectionner à coups de ciseaux l'excavation de Douglas. Il arriva que l'artère utérine gauche fut coupée avant que j'eusse traversé la paroi du vagin et il me fallut appliquer une pince hémostatique sur le bout de cette artère qui saignait. Cela n'entrava aucunement l'opération. (Extirpation d'un utérus fibromateux dépassant d'une paume de main l'ombilic. Durée de l'opération, quarante minutes. Guérison. 1899.)

Quand on a détaché les adhérences au fond de l'excavation postérieure, on obtient les mêmes relations que dans un cas ordinaire, quand on a relevé le fond de la matrice (conditions de la fig. 2), mais il peut arriver que le cul-de-sac de Douglas reste néanmoins tout à fait inaccessible, parce que l'utérus ne bouge pas ou parce qu'il serait imprudent de le tirer avec la force convenable pour ce faire, par exemple, à cause de la présence du pus.

C'est ce qui a lieu surtout lorsque les annexes des deux côtés sont intéressées, les tumeurs remplissant toute la cavité du petit bassin. On a l'impression de ne pouvoir rien enlever en procédant de haut en bas. Et cela ne dépend pas toujours de la dimension de la tumeur, car l'ablation d'une tumeur volumineuse peut être plus facile que celle d'une petite tumeur.

En effet, après avoir enlevé une grosse tumeur, on gagne beaucoup plus de place que dans le cas d'une petite.

Comme preuve, prenons le cas dessiné sur la fig. 7. Avant l'opération, on n'avait diagnostiqué qu'un fibrome multiple de l'utérus, enclavé dans le bassin, avec lésions anciennes des annexes. A l'ouverture de la cavité péritonéale on ne pouvait voir ou palper que la partie supérieure de l'utérus et les attaches utérines de la trompe. Toute la cavité du petit bassin semblait remplie par des fibromes multiples et par les annexes dilatées (hydro-pyosalpingites). Il était absolument impossible de pénétrer

dans le cul-de-sac de Douglas, car le fond de l'utérus ne bougeait pas d'un centimètre, quoique je l'eusse saisi avec de fortes pinces de Museux. Il me fallut recourir à la manœuvre préconisée par Doyen et sectionner de prime abord les attaches utérines des ligaments larges. Après section des bouts utérins des trompes et des ligaments ronds, près de leurs insertions, on commença à détacher les faces latérales de cet organe avec le doigt, qui pénétra par le tissu cellulaire jusqu'à la base du ligament large. Après cela, on n'eut qu'à tirer avec la pince qui

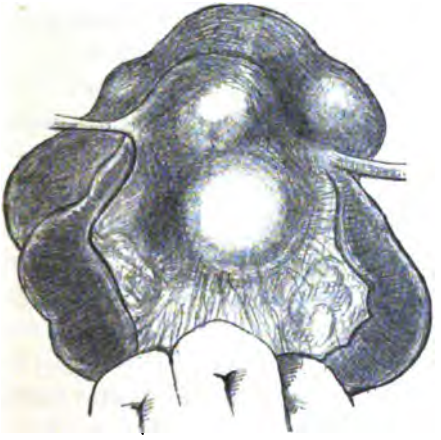


FIG. 7.— Fibromes multiples, avec salpingites doubles complètement enclavés dans le bassin, fixés par des adhérences solides. (Opér. avril 1899. Extirpation de l'utérus et des trompes. Les ovaires ont été épargnés. Durée de l'opération, 1 h. 20. Guérison.)

saisissait le fond de l'utérus pour le relever à la hauteur voulue et pour rendre accessible sa paroi postérieure. Il ne resta plus alors qu'à sectionner les adhérences pour atteindre le fond du cul-de-sac de Douglas et pour enlever l'utérus par le procédé typique de Doyen, en ayant ouvert le cul-de-sac postérieur du vagin.

C'est ce qui a eu lieu dans le cas dont nous parlons. Une fois l'utérus enlevé, il se trouva tant de place dans la cavité du petit bassin, que l'extirpation des deux trompes ne présenta

aucune difficulté. Ne trouvant pas d'altérations dans les ovaires, je jugeai bon de les épargner et je fermai l'abdomen.

Dans ce cas, beaucoup de difficultés opératoires ont été évitées par ce fait qu'il était indiqué d'extirper l'utérus. Si cet organe avait été sain, nous n'aurions pu sans doute profiter des avantages de cette manœuvre, car nous tenons à *ne jamais enlever un utérus sain* pour des lésions des annexes seulement. Nous n'admettons pas qu'une simplification du manuel opératoire puisse permettre de sacrifier un organe sain, même s'il était entravé dans quelques-unes de ses fonctions. C'est là une des causes qui font que nous préférons souvent l'ablation des annexes par voie abdominale et avons plus rarement recours à l'opération vaginale. Il ne serait en effet nullement difficile d'extirper par le vagin des annexes que nous opérons par laparotomie, si nous avions jugé indiqué de commencer l'ablation vaginale par enlever l'utérus sain, tandis que l'on aurait pu en venir à bout par voie vaginale, si on avait conservé cet organe. Ce sont des indications vagues et trop peu fondées pour permettre de sacrifier un organe, sain d'apparence et dont les fonctions, altérées sans doute par l'ablation des annexes, pourraient, il est vrai, devenir douteuses, mais ne pourraient encore être considérées comme nulles avant d'avoir été étudiées à fond et d'être démontrées et prouvées telles, par une expérience étendue.

Heureusement, l'ablation de l'utérus sain n'est pas du tout indispensable dans ces cas, car la manœuvre de Doyen permet d'extirper les annexes sans toucher à l'utérus. Voilà de plus le procédé qui m'a permis de le faire.

On découvre le fond de l'utérus, ayant détaché les adhérences qui le masquent et on le saisit par de fortes pinces de Museux. La corne utérine du côté malade ou les deux cornes, s'il y a lieu, sont marquées par des pinces Kocher et on sectionne les attaches utérines des ligaments larges, en descendant le long des côtés de l'utérus comme si on voulait extirper cet organe. Ayant pénétré dans le tissu cellulaire de ces ligaments, on continue la libération avec le doigt. L'utérus devient, après

cela, mobile et peut être relevé en haut, laissant libre l'espace qu'il occupait dans le petit bassin, ce qui permet de voir les annexes qu'on veut attaquer. Les tumeurs de ces organes deviennent en outre mobilisables à leur tour et on les détache avec le doigt. Il ne reste plus qu'à sectionner le ligament *infundibulo-pelvicum* et à appliquer des pinces sur les artères sectionnées.

Après avoir sectionné les attaches utérines des ligaments larges, on voit l'ablation des annexes, sans cela très laborieuse, devenir simple et facile, surtout si les tumeurs siègent au fond du cul-de-sac de Douglas. L'artère utérine (son tronc principal) n'est ordinairement pas intéressée et on n'a pas à craindre que la nutrition de la matrice puisse être entravée.

Nous avons déjà dit que si l'on sectionne les attaches des annexes en allant de l'utérus vers le bord du bassin, on évite de léser l'uretère, le même procédé, comme le démontre l'expérience, peut être trouvé très favorable pour détacher les adhérences intestinales, ce qui devient très simple, si on introduit le doigt au-dessous pour les relever, en ayant pénétré par le tissu cellulaire.

Il est à noter qu'après avoir détaché une tumeur de ce genre et n'avoir laissé que ses attaches intestinales, on est souvent frappé par le changement que l'on trouve dans ces adhérences, qui semblent beaucoup moins étendues qu'elles ne l'étaient au commencement de l'opération quand on s'efforçait de les libérer.

Le cas que l'on voit sur la figure 8, a été instructif à ce point de vue. Ici, les lésions inflammatoires des annexes droites avaient pour cause une appendicite ancienne. La tumeur tubo-ovarienne étant solidement fixée au cæcum, nous commençâmes par détacher ces annexes altérées, ayant sectionné leurs attaches utérines. En procédant ainsi, je vis une bande solidement fixée à la surface inférieure de l'ovaire. Cette bande ressemblait à un uretère, mais de même on voyait bien ce conduit situé dans la profondeur là où on le voit ordinairement à travers le péritoine qui le recouvre. Essayant de libérer cette bande, je pus voir qu'elle se dirigeait en haut et en dehors, ce qui me démontra

que cela ne pouvait nullement être l'uretère; je me décidai donc à la sectionner. On put voir alors une espèce de canal situé au milieu d'elle; je mis une pince Kocher pour pouvoir retrouver le bout qui se dirigeait vers la fosse iliaque. Ayant passé le doigt sous les adhérences intestinales, je les sectionnai par quelques coups de ciseaux et terminai ainsi l'ablation de la tumeur. Après avoir lié les artères qui saignaient, je procédai à isoler la bande sus-mentionnée, que j'avais marquée (par la

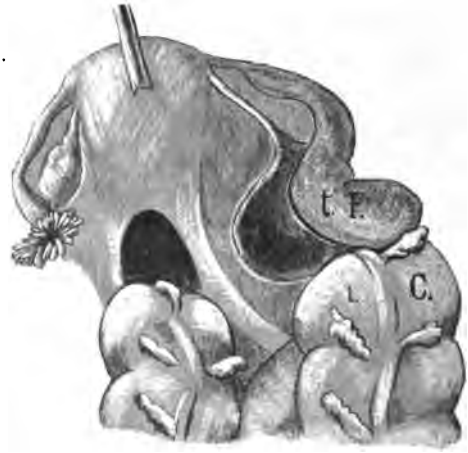


FIG. 8. — Salpingo-oophorite droite, due à une appendicite, avec adhérence solide unissant la tumeur au cæcum.

i. c. Intestin cæcum. — *t. F.* Trompe. — *o.* Ovaire. (Opér., 26 janvier 1900. Durée de l'opération, 40 minutes. Guérison.)

pince), jusqu'à son bout terminal que je trouvai à la surface inféro-postérieure du cæcum. Il était dès lors évident que cette bande n'était autre chose que l'appendice altéré (appendicitis obliterans); je l'enlevai par le procédé ordinaire (procédé Roux).

Je ne doute nullement que si j'avais placé une ligature en masse sur le plexus pampiniforme avant de l'avoir sectionné, il m'aurait été impossible de remarquer cette bande qu'on aurait trouvée en étudiant la pièce extirpée.

Les divers exemples que nous venons de citer prouvent bien que dans les opérations abdominales on n'a nullement besoin de faire un pédicule quelconque. Ici comme partout, on ne devrait donc songer qu'à une plaie ou un moignon comme après toute opération chirurgicale.

Jusqu'à l'été dernier, je comptais 74 opérations exécutées d'après ce principe (1). Puisque je n'opère plus autrement, je dois avoir à présent plus de 100 cas (103) dans lesquels je n'ai appliqué ni pince ni ligature avant d'avoir sectionné les tissus, me bornant exclusivement à faire l'hémostase définitive. En procédant ainsi je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer d'hémorrhagie inquiétante et je n'ai jamais vu ni chute de ligature, ni hémorrhagie par cette cause. Je n'ai pas non plus observé d'hématome dans le tissu cellulaire et je n'ai vu de veines saigner que dans les cas où je ne pouvais trouver l'artère ovarique et où j'avais eu recours, pour cette raison, à la ligature d'ensemble du plexus pampiniformis. Ce dernier, à mon avis, ne peut être la source d'une hémorrhagie que dans le cas où il aurait été lié ou comprimé par une pince.

En ne liant que ce qui saigne réellement, à savoir les artères et seulement celles qui ont été coupées, on gagne du temps et on applique beaucoup moins de ligatures, ce qui ne saurait être jugé autrement que comme une condition favorable pour les suites.

On ne peut donc douter que l'élaboration et le développement de la méthode opératoire que nous venons d'exposer doivent apporter beaucoup de simplifications dans les opérations abdominales, car elle est entièrement fondée sur les principes de la chirurgie générale qu'elle tend à faire prévaloir dans la branche abdominale de cette science.

Voici les avantages de cette méthode qui nous semblent dignes d'être mentionnés :

1) Facilité de distinguer les tissus et leur topographie, ce qui

---

(1) A. Goubaroff. Ueber das Vermeiden der präventiven Blutstillung bei Köliotomien. *Centralblatt für Gynäk.*, 1899, N° 30.

augmente la précision et la sûreté des divers temps de l'opération ;

2) Absence d'hémorrhagie veineuse ;

3) Hémostase sûre : impossibilité d'une hémorrhagie secondaire ;

4) Quantité minime des ligatures, moins de chance pour l'infection ;

5) On peut discerner des détails pathologiques et topographiques qu'il serait absolument impossible de remarquer après avoir placé une ligature comprimant les tissus ;

6) On évite toute tension des tissus et toute compression qui en pourrait résulter, ce qui ne peut avoir lieu après une ligature en masse.

On trouve donc beaucoup de raisons pour éviter toute hémostase préventive, pour se contenter de faire une hémostase définitive, ce qui est plus facile au cours de l'opération que plus favorable pour les suites opératoires.

NOUVEAUX DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'APPENDICITE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

Par le Professeur **A. Pinard** (1).

L'histoire de l'appendicite ayant été, en France, particulièrement exposée ou étudiée à la tribune de l'Académie, je pense que vous ne me saurez pas mauvais gré de venir vous entretenir encore de cette maladie dont l'importance ne fait que s'accentuer alors que sa nouveauté disparaît.

Du reste, ainsi que je l'ai fait dans mes précédentes communications, je ne veux aujourd'hui que continuer l'étude de l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité et en particulier avec la grossesse. Laissant d'abord parler les faits, je me bornerai à formuler les quelques réflexions qu'ils suggèrent.

Il y a quelques mois, à la fin de l'année dernière, on venait, une nuit, me chercher pour aller près d'une jeune femme enceinte et à terme et qui avait, me disait-on, une *péritonite généralisée, par suite de rupture utérine.*

Après avoir demandé de plus amples renseignements à la personne qui venait me chercher — personne qui n'était pas étrangère à la médecine — je ne tardai pas à être convaincu qu'il s'agissait là, non de rupture utérine, mais d'appendicite.

Ne pouvant m'absenter, par suite des fonctions que j'avais à remplir dans la matinée à la Faculté, un de mes élèves me remplaça.

Je dois dire que mon collègue, avant d'avoir vu la malade,

---

(1) Communication à l'*Acad. de médecine*, 6 mars 1900.

avait fait le même diagnostic que moi, d'après les renseignements qui lui furent donnés.

Arrivé près de la jeune femme, il confirma notre diagnostic, constata l'existence d'une péritonite suraiguë et tous les signes d'une toxémie généralisée. La température était de 41°,8.

Le travail était commencé; mon collègue jugea et avec raison, selon moi, qu'il fallait commencer par vider l'utérus; aussi l'anesthésie ayant été pratiquée, un enfant vivant fut facilement extrait — cet enfant est encore vivant et bien portant aujourd'hui; — puis, immédiatement après, l'opération fut pratiquée. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoula 500 gr. environ de pus séreux contenant des grumeaux blanchâtres. Les anses intestinales étaient agglutinées et couvertes de fausses membranes. L'appendice mesurait 11 centimètres de longueur et 2 centim. de diamètre. Il était sphacélé et offrait une perforation à 2 centim. environ de son extrémité cæcale. Il contenait un calcul fécal gros comme un haricot.

La malade mourut trente-deux heures après l'opération et trois jours après le début des accidents.

Je dis bien *trois jours*, car, le vendredi soir, cette jeune femme était bien portante et avait copieusement dîné. Dans la nuit du vendredi au samedi, elle fut brusquement réveillée par des douleurs de ventre suivies de vomissements. Un médecin appelé le matin ne constata rien d'alarmant; la température et le pouls étaient normaux, et, bien qu'il y eût une douleur assez vive dans le côté droit du ventre, il rapporta cette douleur aux contractions de l'utérus qui était incliné à droite. Le diagnostic porté fut : *indigestion*. Le reste de la journée fut médiocre, la douleur persistait et de temps en temps il y eut des nausées. Dans la nuit, les douleurs devenant plus vives, le médecin fut rappelé; mais comme, en pratiquant le toucher, il trouva le col effacé, c'est-à-dire un début de travail, *tout le monde mit la douleur sur le compte d'un travail un peu lent chez une femme nerveuse.*

La journée du dimanche se passa dans les mêmes conditions jusqu'à 4 heures du soir, quand tout à coup le pouls s'éleva à

120 et la température monta à 39°,3. Il n'y avait aucune émission de gaz ni de matière depuis trente-six heures.

Le travail ne faisant pas de progrès, on fit alors le diagnostic de *péritonite par rupture utérine.*

Ainsi que je l'ai dit plus haut, cette jeune femme, qui avait bien dîné le vendredi, était opérée en pleine péritonite généralisée le lundi, et mourait le mardi.

Quelques jours après, un confrère venait me chercher pour aller voir une de ses clientes primipare, enceinte de deux mois environ, et qui, me disait-il, après avoir eu une *indigestion*, cinq jours auparavant, avait été menacée de fausse couche. Les accidents avaient été heureusement enrayés d'après lui par les opiacés *intus* et *extra*; mais depuis quarante-huit heures il y avait des vomissements et de la fièvre, et des douleurs abdominales généralisées très vives avaient fait leur apparition. Aussi avait-il fait appliquer, avant de venir me chercher, douze sangsues sur le ventre.

En arrivant près de cette jeune femme, je la trouvai avec le cortège symptomatique le plus accusé d'appendicite. Le pouls était à peine perceptible, les ongles étaient bleuâtres, et il me fut donné de voir mourir cette malade pendant que les sangsues s'efforçaient de *refroidir* la maladie.

A ces deux observations j'oppose les faits suivants :

Obs. 1. — *Appendicite au cours d'une grossesse. Opération. Guérison. Accouchement prématuré*, par le Dr Rudaux, chef de clinique de la Maternité de Beaujon (1). (Résumé.) — Le 11 juin 1899, se présentait à la consultation de la Maternité de Beaujon une femme âgée de 29 ans, domestique, enceinte pour la sixième fois et ayant eu cinq grossesses normales, terminées par des accouchements spontanés et à terme ; enfants élevés au sein par leur mère et tous bien portants.

Elle vient consulter parce que la veille, à 5 heures du soir, elle a été prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen, douleurs qui ont été suivies, vers 11 heures du soir, de vomissements alimentaires et bilieux. Enceinte de six mois, elle croit, dit-elle, « qu'elle

(1) Communiquée à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris dans sa séance du 2 février 1900.

va faire une fausse couche », et c'est pour cette raison qu'elle s'est rendue directement à la Maternité.

Examen. — Utérus non douloureux à la pression; mais le palper dénote une douleur et une défense musculaire très vives au niveau de la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal réveille une douleur assez vive au niveau du cul-de-sac latéral droit et dans la portion droite du cul-de-sac postérieur. Langue humide et légèrement blanchâtre. Pouls normal, température 37°. Mais dans la nuit qui suivit son entrée on voit survenir de la diarrhée, des vomissements, des frissons, en même temps que la température s'élève à 38°,7.

Le lendemain matin 12 juin, la température redescend à la normale, les phénomènes locaux sont les mêmes ; une vessie de glace est appliquée au niveau de la fosse iliaque droite et le régime lacté est seul autorisé. Dans la journée, les vomissements et la diarrhée ne se reproduisent pas ; mais les douleurs persistent, sont plus intenses, et la température s'élève à 38°,1.

Le 13 au matin, la température est redescendue à 37°,2 et le soir elle ne dépasse pas 38°.

Malgré la descente progressive de la température, 38°,7, 38°,4, 38°; malgré un pouls bien frappé, toujours en rapport avec la température, et malgré le bon état général apparent (langue humide, peau souple, facies coloré), on maintient le diagnostic d'appendicite porté le premier jour.

Le Dr Bazy est appelé, et quoique ne trouvant que les deux seuls symptômes : douleur localisée et défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, il décide l'opération pour le jour même.

Opération. — L'abdomen ouvert, il s'en échappe une sérosité louche. Les parois cæcales sont recouvertes de fausses membranes d'apparence purulente, de véritables « couennes ».

L'appendice, situé très profondément, adhère fortement aux parties voisines, et ce n'est qu'après la section de son méso qu'on peut le mobiliser.

Attiré à la surface, on le voit apparaître avec une longueur de 10 centim., un diamètre de 2 centim. et une coloration uniforme, jaune verdâtre.

Il paraît gangrené dans sa totalité, et sa friabilité est telle qu'il se déchire sous la simple pression du fil de soie destiné à le lier. Résection, etc.

Le 20, expulsion d'un fœtus vivant, qui mourut le lendemain.

Le 2 août, cette femme quitta le service en parfaite santé.

Obs. 2. — *Appendicite au cours d'une grossesse de trois mois. Péritonite généralisée. Laparotomie : excision de l'appendice. Lavage de la cavité péritonéale à l'eau salée. Avortement consécutif. Guérison.* — Femme M. G..., relieuse, âgée de 34 ans, est apportée à la clinique Baudelocque le 20 novembre, à 7 h. 1/2 du soir.

Antécédents. — Sauf quelques bronchites, bonne santé générale, a eu six accouchements spontanés et à terme, le dernier en mai 1899, et tous terminés par la naissance d'enfants vivants.

Dernières règles du 1er au 5 août 1899 ; apparition d'une douleur dans le côté droit le 10 novembre. Un médecin appelé crut à une névralgie intercostale et ordonna des cataplasmes sinapisés, une pommade calmante et de l'antipyrine. Malgré ce traitement, les douleurs persistèrent.

Le vendredi 17 novembre, coliques très douloureuses et diarrhée noire et fétide. Une sage-femme appelée, craignant une fausse couche, demande un médecin en consultation. Traitement opiacé, continuation de la diarrhée.

Le samedi 18, à 6 heures du matin, frissons et vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et bientôt vert porracé. État fébrile et douleurs lombaires violentes irradiant vers le petit bassin. Pas de selles.

Le dimanche 19, même état, six vomissements dans la journée. Constipation.

Le lundi 20, même état. Douleurs abdominales de plus en plus vives et sans rémission. Vomissements. Constipation.

Examen à son entrée le lundi soir, a 7 h. 1/2. État des plus graves.

Le facies est grippé, les yeux sont excavés, la respiration est précipitée et difficile, les vomissements porracés sont fréquents. Le pouls est à 120 et la température 38°,3.

Le ventre est ballonné, la paroi abdominale est douloureuse, mais la pression des draps est assez bien tolérée. La tension des muscles de la paroi est nettement plus considérable à droite qu'à gauche. Par la pression digitale, on détermine une douleur extrêmement vive et bien localisée au point de Mac Burney. La percussion révèle une légère submatité à droite.

Mon chef de clinique, le Dr Paquy, fait immédiatement, en présence de ce cortège symptomatique, le diagnostic d'appendicite et, jugeant l'intervention absolument urgente, me téléphone.

Je l'approuve entièrement et je fais prévenir mon collègue et collaborateur Segond. Il arrive à 11 heures du soir. L'état de cette femme lui paraît tellement grave qu'après examen rapide il dit: « Admettez qu'il faut un certain courage pour opérer une femme dans ces conditions. » Effectivement, elle était mourante.

Mais comme l'opération était la seule chance de salut, M. Segond voulut bien la pratiquer.

Opération. — Chloroforme, à minuit dix minutes; anesthésie complète, à minuit vingt-cinq. Incision de la paroi abdominale de 10 centim.

Sitôt la cavité péritonéale ouverte, il s'écoule une sérosité louche dont la quantité n'a pas été mesurée, mais assez considérable pour se répandre à flots sur le parquet (évaluation, 500 grammes environ); puis apparaissent les anses intestinales, de coloration rougeâtre. M. Segond va à la recherche de l'appendice, qu'il trouve au niveau du petit bassin et le fait saillir.

Il apparaît sain, sauf en un point. L'appendice est lié à sa base au moyen d'un fil de soie et réséqué à sa base. Le péritoine est alors lavé à l'eau salée jusqu'au moment où le liquide ressort absolument clair.

Drainage à la gaze stérilisée et fermeture de la paroi abdominale avec huit fils d'argent, puis pansement sec et bandage compressif.

A 1 heure du matin, l'opérée est transportée à la chambre n° 6 et on lui pratique une injection sous-cutanée de 250 gr. de sérum salé. A ce moment, le pouls est à 112 et la température 36°,1.

Le 21. A 6 heures du matin, deuxième injection de 250 gr. de sérum salé. Température 37°,3, pouls 108.

Le 22. Le matin, à 7 heures, 250 gr. de sérum salé. Température 37°,8, pouls 100. Le coton mis sur la vulve est taché de sang. Lavement suivi d'évacuation abondante. Le soir, température 37°, pouls 96.

Le 23. Le matin, température 37°,2, pouls 80. Expulsion spontanée et sans douleur d'un embryon mort. Purgatif. Le soir, température 38°,1, pouls 120.

Le 24. Le matin, température 37°,2, pouls 96. Douleurs dans le côté droit de la poitrine, 20 ventouses sèches. Le soir, température 37°,8, pouls 112.

Les 25 et 26. Même état. La douleur de la poitrine a disparu.

Le 27. Expulsion spontanée du placenta. Température normale.

Le 29. Ablation des fils.

Du 30 novembre au 3 décembre. Légère hyperthermie le soir. ouverture d'un petit abcès de la paroi abdominale.

Le 4 et le 5, nouvelle hyperthermie le soir, 39°,2.

Le 6, en pratiquant le toucher vaginal, le Dr Paquy constate la présence d'une collection fluctuante dans le cul-de-sac postérieur. Il pratique une incision à ce niveau et il s'écoule de 400 à 500 gr. de pus. La cavité est lavée à l'eau boullie et drainée à l'aide d'un tube en caoutchouc.

Tamponnement peu serré du vagin autour du drain.

A partir de ce moment, la température se maintient à la normale ainsi que le pouls. L'état général devient bon et cette femme quitte la clinique le 1er janvier 1900.

Revue le 20 janvier, elle était en parfait état.

Obs. 3. — *Appendicite opérée pendant le cours de la grossesse.* (Note concernant l'examen des pièces, faite par mon chef de laboratoire, le Dr Funck-Brentano.) — Mme G..., opérée à la clinique Baudelocque par le Dr Segond, le 21 novembre, à minuit trente.

Examen macroscopique. — L'appendice vermiculaire a été recueilli dans une compresse et porté au laboratoire.

Long de 47 millim., cet appendice présentait une légère tuméfaction et sur toute son étendue une coloration rougeâtre assez accusée.

L'appendice est ouvert sur toute sa longueur, à l'aide de ciseaux : la pointe de l'une des branches est introduite au niveau du point où a porté la section. L'appendice présente en cet endroit et sur une longueur de 5 millim. environ un rétrécissement de son calibre ainsi qu'un épaississement de ses parois.

Au delà, on tombe dans une petite cavité contenant une boulette de matières fécales de forme allongée.

Pas de pus.

Examen bactériologique. — Il a été prélevé immédiatement après la section, un peu de mucus au niveau de la partie dilatée de l'appendice, mucus qui a été ensemencé dans le bouillon et sur la gélatine.

Parmi les nombreuses colonies, celles du bacterium coli ont été seules positives, vérification faite au microscope.

Examen histologique. — Fixée et durcie tout entière dans l'alcool absolu, la pièce a été débitée en quatre fragments d'à peu près égale grandeur montés dans la paraffine.

Les coupes de chacun de ces fragments *sériés* répondent à peu près à la description générale suivante (la même lésion ayant été constatée sur toute la longueur de l'appendice étudié). Cependant les lésions sont plus accusées au niveau de la dilatation qui contenait la boulette de matières fécales, et c'est la coupe de cette région qui sert à la description. (Voir la planche ci-contre.)

On retrouve nettement toutes les couches constitutives de l'appendice vermiforme normal, pas de nécrose, pas d'ulcération.

Le revêtement épithélial est à peine visible, sauf en quelques points, au niveau des glandes en particulier.

Ce défaut vient sans doute en partie de la coupure aux ciseaux.

Les glandes sont nombreuses, régulièrement orientées et calibrées comme à l'état normal.

Le chorion est en certains points envahi par le tissu lymphoïde des follicules sous-jacents, même entre les culs-de-sac glandulaires.

On retrouve en d'autres endroits la muscularis mucosæ parfaitement nette, normale et non pénétrée par le tissu adénoïde.

La sous-muqueuse est remarquable par une hypertrophie considérable des follicules lymphatiques, qui sont tuméfiés, gonflés, débordants. On pourra se rendre compte sur la figure de cette hypertrophie des follicules (*a*) et de l'envahissement des espaces interfolliculaires par le tissu lymphoïde.

Le tissu inflammatoire emplit toute cette région.

Au-dessous, la celluleuse contient de nombreux vaisseaux gorgés de sang ; elle paraît légèrement épaissie et ramassée.

La couche musculaire est saine.

En somme, les lésions lymphangitiques sont ce qu'il y a de plus caractéristique dans ces coupes, et comme définition histo-pathologique on peut donner à ce cas le nom du groupe des *appendicites folliculaires hypertrophiques* de M. Letulle.

Aux observations précédentes, je crois utile, pour l'étude du sujet qui nous occupe, de joindre la suivante :

Occlusion intestinale chez une femme enceinte. Laparotomie. Ablation de l'appendice. Guérison (1). (Résumée.) — Femme de vingt-neuf ans, entrée le 7 décembre 1899, dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital de la Pitié.

Rien à noter dans les antécédents personnels et héréditaires, habituellement bien portante. Elle n'a présenté jusqu'à ce jour aucune affection aiguë. Elle a eu trois grossesses antérieures, toutes menées à terme sans accidents.

Dernières règles au commencement d'août.

---

(1) Observation communiquée à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (2 mars 1900), par le Dr Banzet, chef de clinique du professeur Terrier.

G. Steinheil, Éditeur. Annales de Gynécologie.

Appendicite et Grossesse.

La grossesse évoluait normalement, quand le 2 décembre au soir, après son dîner, cette femme a été prise d'une sorte de colique abdominale avec malaise général. Ces sensations allèrent en s'accentuant, et le lendemain les douleurs étaient très vives, continuelles, avec exacerbation après les repas. Elles étaient généralisées à tout le ventre, mais avaient cependant un maximum dans la région de la fosse iliaque droite. Obligée de prendre le lit ce même jour, la malade commence à éprouver des vomissements, alimentaires d'abord, puis liquides, mais non verdâtres.

Les jours suivants, les douleurs persistèrent et s'accrurent, en même temps que les vomissements se répétèrent, jour et nuit, une dizaine de fois dans les vingt-quatre heures.

Depuis le début des accidents, la malade n'est pas allée à la selle et n'a pas rendu de gaz par l'anus.

En même temps, l'état général s'aggravait, et le médecin qui l'avait traitée jusque-là avec des cataplasmes laudanisés lui conseillait d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, cinq jours après le début des accidents, l'état est le suivant :

Accélération accusée de la respiration, facies grippé, yeux cernés, nez pincé, fossettes colorées, lèvres sèches. Température, 37 degrés; pouls, 112.

Ventre ballonné, douloureux, mais avec un maximum très net au point de Mac Burney. La palpation dénote une défense musculaire plus accusée à droite et au-dessus de l'ombilic. A la pression, matité à l'hypogastre, conservation de la matité hépatique, sonorité tympanique partout ailleurs. Au toucher vaginal, col gros et mou, remonté; rien dans les culs-de-sac vaginaux.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'appendicite. *Opération pratiquée sous la direction du Pr Terrier, deux heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.*

A l'ouverture du ventre, pas de liquide dans la cavité abdominale, les anses intestinales sont distendues, mais présentent leur coloration normale et ne sont pas recouvertes de fausses membranes.

Au niveau de la partie inférieure du cæcum, on trouve *l'appendice qui lui est accolé, se dirigeant obliquement, comme un cordon fortement tendu, en bas et en dehors, et fixé par son extrémité à la fosse iliaque.*

Pas trace de phénomènes inflammatoires anciens ou récents.

Résection de l'appendice. Guérison.

Examen de l'appendice réséqué. — Appendice très long, 10 à 11 centimètres, non augmenté de volume, à parois non épaissies. L'examen histologique, fait par le Dr Bezançon, chef de laboratoire, ne révèle la présence d'aucune lésion.

Réflexions. — Ces faits démontrent à nouveau :

1° Que l'appendicite peut être observée chez les femmes enceintes primipares ou multipares et à toutes les périodes de la grossesse ;

2° Que pendant la grossesse l'appendicite, à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité ;

3° Que l'intervention opératoire aussi hâtive que possible peut seule offrir des chances de guérison ;

4° Que même en face d'un cas qui paraît désespéré, en ayant le courage d'intervenir, on peut quelquefois empêcher les malades de mourir.

Ces conclusions admises, et je ne crois pas qu'on puisse les contester, toute la question revient à ceci : *il faut faire un diagnostic précoce.* Or, ce diagnostic précoce est-il possible chez la femme enceinte ? Pour ma part, je réponds par l'affirmative, et voici mes raisons :

L'utérus gravide, pas plus que les signes dits sympathiques de la grossesse, ne masque les symptômes fondamentaux de l'appendicite. La douleur et la défense musculaire au lieu d'élection n'ont jamais fait défaut dans les observations que je connais. Si l'utérus est incliné le plus souvent à droite e s'il se contracte pendant la grossesse, il faut bien se rappele que les contractions normales sont indolores. Toute douleu abdominale doit donc éveiller l'attention pendant la grossesse surtout lorsqu'elle apparaît et reste localisée au niveau de l fosse iliaque droite. Si cette douleur n'est pas causée par le contractions de l'utérus, c'est-à-dire s'il n'y a pas menac d'avortement ou d'accouchement prématuré, ce qui est facil à reconnaître, immédiatement on doit penser à la possibili de l'existence d'une appendicite.

De même, les vomissements de la femme enceinte ont un cach

spécial dont la caractéristique est de ne pas être accompagnés ou suivis d'hyperthermie. Même dans les vomissements dits incoercibles, on constate de l'accélération du pouls ; mais la température reste normale, il n'y a pas fièvre, comme l'avait dit Dubois et comme on l'a trop longtemps répété après lui

Donc, il faut se méfier, chez les femmes enceintes, de toute indigestion provoquant des vomissements suivis de fièvre et penser dans tous ces cas à l'appendicite.

Quant à la péritonite de la grossesse, elle a pu être décrite dans les traités classiques ; elle n'existe pas en tant qu'entité morbide essentielle. A l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite, les femmes enceintes mouraient, disait-on, de péritonite causée par des ruptures d'adhérences, ou des causes inconnues. Aujourd'hui, nous savons que penser des ruptures d'adhérences et de ces causes inconnues !

J'ajoute que depuis vingt-cinq ans toutes les femmes enceintes que j'ai pu voir, atteintes de péritonite et soignées médicalement, sont toutes mortes. Il en a été de même pour celles qui étaient soi-disant atteintes d'obstruction intestinale. Et à propos de cet accident, l'observation que je viens de rapporter, et qui s'est dénouée dans le service de notre collègue Terrier, montre que l'appendice n'est pas seulement dangereux comme organe d'infection, mais peut l'être encore comme agent de striction.

Quant à la rupture de l'utérus, il faut bien qu'on sache qu'en dehors des traumatismes il ne se rompt pas pendant la grossesse.

Telles sont les raisons qui me permettent de dire que le diagnostic de l'appendicite peut se faire dans la pluralité des cas chez la femme enceinte. Le point principal est de penser à la possibilité de cette affection.

Si ces quelques remarques peuvent contribuer à faire porter de vrais diagnostics, ce qui veut dire, à sauver quelques femmes, je me consolerai d'avoir aujourd'hui abusé de votre patience et peut-être fatigué votre attention.

LA SCLÉROSE UTÉRINE ET LA VRAIE MÉTRITI

Par **L.-G. Richelot** (1).

Les médecins d'autrefois décrivaient à part la congestio
l'engorgement, l'inflammation de l'utérus. L'histologie et
bactériologie leur manquaient, mais leur sens clinique les pr
servait quelquefois de l'erreur. Aujourd'hui, la doctrine
l'infection a tout simplifié, peut-être à l'excès ; un chapitre uniqu
celui de la métrite, a remplacé tous les autres, et contient
pêle-mêle de tous les faits qui n'entrent pas dans l'histoire d
tumeurs. En cherchant à débrouiller ce chaos, j'aborde une
questions les plus difficiles de la gynécologie, mais aussi u
des plus pratiques et des plus dignes de retenir notre attenti

LA SCLÉROSE UTÉRINE

J'ai montré, dans un travail antérieur (2), qu'il faut sépa
de la métrite proprement dite, ou infection de l'utérus, une s
d'états morbides qui sont généralement confondus avec e
J'ai montré que c'est une erreur de voir toujours et part
l'infection ; que chez certaines jeunes filles, la congestion
vienne, les douleurs névralgiques violentes, le catarrhe ut
ne sont pas une « métrite virginale » ; que l'utérus habitu
ment congestionné aboutit à la sclérose ; que l'hyperplasie
muqueuse et du parenchyme, dans les états faussement dén
més métrite parenchymateuse, hémorrhagique, douloure
chronique, ne sont pas d'origine inflammatoire ; que ces lés
muqueuses ou pariétales, observées en dehors de toute c

---

(1) Communication à la *Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de* P
trie, séance du 4 mai 1900.

(2) L. Gustave Richelot. Les pseudo-métrites des arthritiques n
ses. *Bull. médical*, 15 mars 1899.

mination puerpérale ou blennorrhagique, sont des troubles nutritifs ayant leur racine dans l'organisme, et que ces malades sont des arthritiques nerveuses.

J'ai cherché même à établir que l'utérus globuleux, encore peu développé, des jeunes femmes dysménorrhéiques, le gros utérus scléreux, lardacé ou vasculaire des femmes de quarante ans, enfin l'utérus géant, fibromateux avec ou sans fibromes, forment une chaîne ininterrompue, une série pathologique évoluant sur la même terrain et liée au même tempérament morbide.

J'ai reconnu, d'ailleurs, que les femmes de ce tempérament peuvent s'infecter commes les autres ; qu'il peut être difficile, sur un utérus congestionné et douloureux, de faire la part du trouble trophique et celle de la métrite vraie ; que, s'il est déplorable de perpétuer et d'exaspérer les souffrances des malades qui n'ont pas de métrite en s'acharnant à cautériser, à dilater, à gratter, à tamponner leur utérus, s'il est utile, au milieu de l'évolution d'une métrite incontestable, d'isoler par la pensée le type de l'arthritique nerveuse pour expliquer des symptômes qui ne relèvent pas de l'infection et appellent d'autres moyens thérapeutiques, ce n'est pas une raison pour négliger le traitement local de la métrite quand il est opportun.

Le Dr Hepp (1), mon ancien interne, a repris ces idées et les a développées dans une thèse excellente. Il y montre combien il est arbitraire de rapporter tous les troubles de l'utérus à une inflammation microbienne, dont il n'y a souvent aucune trace, et légitime de faire intervenir, chez certaines femmes, une dystrophie d'ordre vasculaire et nerveux Il s'efforce de séparer du groupe incohérent des métrites le type de la *sclérose utérine* qui, en dehors de toute infection, évolue depuis l'âge de la puberté chez les arthritiques nerveuses, à tendances congestives, chez les vierges qui n'ont pu être contaminées, chez les femmes qui ont accouché normalement, sans traces d'accidents

(1) Dr Maurice Hepp. *Sclérose utérine et métrites chroniques*. Thèse in 4g., 1899.

fébriles, chez celles qui approchent de la ménopause et commencent à souffrir ou à saigner dix ans et plus après leurs dernières couches. L'*étiologie* fait donc entrevoir une entité clinique nouvelle à côté des métrites vraies. L'*anatomie pathologique* nous montre les différences profondes qui séparent l'utérus infecté, avec tissus ramollis et friables, muqueuse épaissie, granuleuse, épithélium détruit, infiltration de tissu embryonnaire et de cellules migratrices, fibres musculaires atrophiées, et l'utérus scléreux, augmenté de volume, avec un gros col ulcéré, de consistance ligneuse, une muqueuse hypertrophiée mais saine, une paroi dure, lardacée ou spongieuse, sans infiltration leucocytaire, une hyperplasie conjonctive périvasculaire — angiosclérose de quelques auteurs — mêlée à l'hyperplasie des fibres lisses en proportions variables, enfin des altérations si analogues à celles des utérus fibromateux, que Virchow a pu décrire la métrite parenchymateuse avec les myômes dans un même chapitre de la pathologie des tumeurs. La *bactériologie*, à son tour, interrogée sans parti pris, nous apprend combien il est abusif d'attribuer tous les états morbides de l'utérus à des microbes introuvables ou à des espèces non pathogènes, de voir la métrite chez les vierges, dans les utérus fibromateux, alors qu'un examen bien conduit prouve la stérilité de la cavité utérine et de sa muqueuse; combien, au milieu de la flore bactérienne du canal génital, sont inoffensifs les microbes aérobies, et peu nuisibles même les anaérobies, qui ont besoin pour s'éveiller d'un état infectieux antérieur, d'une surface placentaire; combien il est facile de révéler le streptocoque chez les accouchées fébricitantes, le gonocoque dans la blennorrhagie, combien difficile, au contraire, de comprendre l'infection utérine en dehors de ces deux états. La *physiologie pathologique*, enfin, sépare absolument la sclérose d'origine infectieuse et celle qui dépend d'une altération nutritive. Dans la première, les cellules embryonnaires donnent naissance à un tissu fibreux rétractile qui étouffe les éléments normaux et atrophie l'organe; la seconde est une sclérose hypertrophique, évolutive, qui, dans l'utérus, coïncide avec

l'intégrité et même l'hyperplasie de la fibre musculaire. Ainsi apparaît et se dégage de plus en plus le type de la sclérose de cause diathésique — je n'ai pas honte d'employer ce terme — et nous pouvons désormais jeter un coup d'œil d'ensemble sur les états morbides qui ne relèvent pas de la métrite infectieuse, de la métrite vraie.

Tel est le cas de la soi-disant « métrite virginale ». Sans doute, on peut concevoir une infection qui franchisse l'hymen et atteigne l'utérus. On voit même çà et là quelques jeunes filles dont le petit bassin suppure. Je n'ignore pas ces faits, pas plus que les suppurations utérines, les pyométrites, dont j'ai vu des exemples après la ménopause. Mais il s'agit là d'exceptions, d'événements rares. Ce qu'on appelle couramment la métrite des jeunes filles, c'est un état congestif et nerveux des organes pelviens qui précède la sclérose utérine ou marque le début de son évolution. Avec des règles violentes, ou presque nulles et remplacées par une hypersécrétion glandulaire abondante, coïncident des douleurs quelquefois atroces. C'est de la névralgie pure, je ne dis pas *sine materia*, comme les anciens l'entendaient. Lorsque j'ai porté cette question des névralgies pelviennes à la Société de chirurgie (1), on a fait une distinction subtile entre les névralgies pures et les petites lésions qui s'accompagnent de grandes douleurs. J'ai été critiqué parce que j'opérais quelquefois des névralgies pelviennes rebelles, par des chirurgiens qui opéraient, à cause de leurs « petites lésions », des malades identiques. Le malentendu était de ma faute ; je disais bien qu'il s'agissait d'arthritiques nerveuses, qu'elles avaient de la congestion et que leurs douleurs étaient des névralgies, mais je ne voyais pas encore nettement la sclérose utérine ou, pour mieux dire, utéro-ovarienne. Combien de laparotomies n'a-t-on pas faites pour des ovaires scléro-kystiques, seuls jugés responsables de la douleur, et combien de fois la douleur, après l'ablation des ovaires, n'a-t-elle pas continué!

(1) L. Gustave Richelot. De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes. *Soc. de chirurgie*, 9 novembre 1892.

Je les connais bien aujourd'hui ces ovaires pour lesquels nous essayons volontiers l'ignipuncture chez les malades jeunes ; ces ovaires déjà scléreux chez les très jeunes filles qui perdent en abondance et douloureusement dès leur formation ; ces ovaires qu'on trouve chez des vierges de vingt ans, dégénérés, énormes, polykystiques ou massifs, presque entièrement fibreux avec des kystes rares ; ces gros ovaires mobiles, à côté d'une trompe saine, sans la moindre adhérence pelvienne, sans aucun résidu inflammatoire ; ces ovaires qu'on a dit infectés, atteints d'ovarite scléreuse, malgré leur hypertrophie. Toutes les fois que j'ai pu regarder, je les ai vus n'être que les compagnons fidèles de l'utérus congestionné, catarrheux et sensible des jeunes filles accusées de métrite.

Je les ai vus accompagner la « métrite parenchymateuse », la « métrite douloureuse chronique », ces formes plus avancées de sclérose dans lesquelles Pozzi voit du « microbisme latent », ou encore « une infection sournoise et larvée, ayant sommeillé avant d'avoir fait son apparition ».

Cette métrite insaisissable, nous la retrouvons dans la rétroversion et le prolapsus, avec ce relâchement des tissus fibreux qui est aussi l'apanage de l'arthritisme, et dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, où Cornil, Sinéty, Olivier n'ont vu qu'une hyperplasie des tissus normaux sans lésion inflammatoire. Nous la retrouvons dans l'état particulier de la muqueuse utérine qu'on a signalée au-dessus des cancers du col et qu'on avait pris en Allemagne pour du sarcome ; en France, on a cru rectifier en parlant d'une forme spéciale d'endométrite ; la vérité, c'est que le cancer se développe sur les utérus hyperplasiés et scléreux des arthritiques.

Arrêtons-nous un instant sur la « métrite hémorrhagique ». Nul doute qu'un utérus contenant des débris placentaires, et dont la muqueuse infectée offre des végétations formées de tissu embryonnaire avec des îlots d'éléments dégénérés, puisse donner des pertes sanguines ; nul doute qu'il s'agisse alors d'une métrite hémorrhagique, pour laquelle le curettage est bien indiqué. Mais ce n'est là qu'une forme, et non la plus

fréquente, de ce qu'on appelle tous les jours métrite hémorrhagique. On désigne encore sous ce nom les gros utérus remplis de fongosités qui ne sont pas des bourgeons charnus, mais des polypes muqueux, des végétations néoplasiques bénignes, dont la curette fait également justice ; les gros utérus à muqueuse parfaitement lisse, à grande cavité, à parois épaisses et scléreuses, qui saignent abondamment et qu'on s'obstine à gratter sans le moindre succès ; enfin, les utérus qui, chez les très jeunes femmes, s'essaient déjà aux hémorrhagies profuses. Armand Siredey (1), dans un travail remarquable, a fort bien étudié ces troubles ménorrhagiques et montré qu'ils surviennent en l'absence de toute lésion infectieuse ; que les mères ou les sœurs de ces malades offrent souvent des accidents pareils ; qu'on trouve constamment dans leur famille les *manifestations du neuro-arthritisme ;* qu'elles deviennent anémiques à la suite de leurs pertes, mais qu'il est absurde et dangereux d'attribuer leurs pertes à l'anémie, ce qui amène parents et médecins à les gorger de fer, de quinquina, de toniques variés qui exagèrent le mal ; que les médicaments ne valent rien, et qu'il faut recommander l'hydrothérapie, l'hygiène alimentaire, puissant modificateur de l'arthritisme, à l'exclusion des repas copieux, du vin et de la viande en excès, du séjour à la mer qui réveille les poussées congestives. Je cite volontiers ces idées qui sont les miennes parce que ces deux mots, métrite et anémie, résument pour moi une série d'erreurs et d'interprétations banales que le public affectionne, dont les malades sont victimes et les médecins trop souvent complices.

Bouilly (2) a décrit excellemment des faits de même ordre sous le nom de « métrorrhagies d'origine ovarienne ». Il a surtout en vue les hémorrhagies que semblent provoquer les « ovarites scléro-kystiques ». La question lui paraît obscure, difficile à traiter ; il ne voit et ne veut voir que l'ovaire dans

(1) A. Siredey. La congestion utérine. *La Gynécologie*, février 1900.

(2) Bouilly. Des métrorrhagies d'origine ovarienne. *La Gynécologie*, février 1899.

ces pertes qui ont surtout « le caractère de ménorrhagies ». Il ne peut se défendre de l'idée que ces ovarites chroniques sont d'origine infectieuse, parce qu'on trouve quelquefois — cela va sans dire — des cols malades et des adhérences pelviennes ; mais il est gêné par ce fait que souvent « la trompe reste saine indéfiniment à côté de l'ovaire kystique ». Hanté par la lésion ovarienne, il ne s'inquiète pas du tempérament de ses malades ; et cependant il nous décrit fort bien le type clinique de l'arthritique nerveuse, dont les pertes sanguines exagérées commencent avec les premières menstruations et s'accompagnent de douleurs qu'il indique sommairement sans s'y intéresser, parce qu'il suit une autre piste. Et l'utérus ? Il faut bien noter la « métrite parenchymateuse totale » et le « gigantisme utérin » ; il faut bien reconnaître que la cavité utérine mesure de 7 à 10 centimètres, que les parois vont jusqu'à 2 centim. et demi d'épaisseur, que « l'hypertrophie de l'utérus fait essentiellement partie de l'histoire des ovarites scléro-kystiques » ; il faut bien se demander enfin — car telle est la force des choses — « si les lésions utérines sont primitives ou secondaires, si elles relèvent toujours d'une infection ou dépendent de *troubles de nutrition à l'état nerveux* ». En somme, la doctrine de Bouilly est flottante et incertaine, mais les vrais éléments de la question ne pouvaient échapper à sa sagacité ; il lui manque de les avoir reliés entre eux, pour avoir une vue nette et compréhensive de la sclérose dystrophique de l'appareil génital.

Pour acquérir cette vue d'ensemble, il faut absolument s'affranchir d'une idée obsédante, celle de l'infection. Non certes que l'infection soit rare ni que je m'efforce de diminuer son importance ; elle n'épargne personne, elle prospère sur tous les terrains, elle vient à chaque instant brouiller les symptômes et troubler notre jugement ; mais de ce qu'elle est fréquente il ne résulte pas qu'elle soit la cause de tout. Il y a bon nombre de ces utérus où l'on n'en voit aucune trace, où la muqueuse est parfaitement saine, le péritoine lisse et uni, avec un état scléreux prononcé du parenchyme et de ses vaisseaux. Il est vraiment bien arbitraire d'admettre que l'infection a tra-

versé la muqueuse sans l'altérer visiblement, ou bien s'est cantonnée dans le parenchyme en y causant des désordres progressifs, tandis que la muqueuse redevenait idéalement saine et que le péritoine, de son côté, ne subissait aucune atteinte de ce dangereux voisinage. Il y a plus : on a parlé d'une « mésométrite » isolée, d'une infection apportée par le sang et localisée dans le parenchyme utérin sous forme d'angiosclérose. Nous voilà dans le champ des hypothèses. D'où vient l'infection, et de quelle nature ? Nos malades n'ont pas eu toutes la syphilis ou la fièvre typhoïde. N'est-il pas évident que ce terme d'infection perd beaucoup de sa valeur, s'il exprime toutes les suppositions qu'on peut faire sur des toxines mystérieuses, des invasions microbiennes dont nul n'a surpris le début ni suivi la trace ; si, par négligence des mots justes et des idées précises, il arrive à représenter vaguement des modifications inconnues de la cause sanguine ; s'il prétend expliquer par des altérations contingentes et variables, une série d'actes morbides coordonnés, groupés, enchaînés entre eux comme les manifestations arthritiques, dans lesquelles se voit si clairement l'influence du système nerveux tenant en main les nutritions locales, répartissant les troubles vasculaires et les dystrophies suivant certaines lois, et créant un type, une famille de malades qui se ressemblent toutes par leur tendance aux congestions, aux névralgies, aux hypersécrétions glandulaires, à la sclérose et à l'hypertrophie des organes, au relâchement des tissus fibreux.

LA VRAIE MÉTRITE

Si j'ai su m'expliquer — ce qui n'est pas facile en cette matière — nous voilà sortis du chaos, et désormais nous pouvons faire deux parts, celle des troubles trophiques liés à l'état nerveux, à l'arthritisme, et celle de l'infection, qui est la *vraie métrite*. Car il est bien entendu que c'est aux lésions d'origine infectieuse que s'appliquent ce vieux mot, l'inflammation, et tous les mots terminés en *ite*. Appeler métrites constitutionnelles ou diathésiques les altérations nutritives dont nous venons de parler, en souvenir d'une certaine « irritation » qui désignait

jadis des processus variés, ce serait revenir en arrière et confondre à nouveau ce que l'analyse pathogénique a nettement séparé.

Comme la muqueuse est la surface d'inoculation, il s'agit toujours d'une *endométrite*, quelles que soient les lésions secondaires du parenchyme. Et son étiologie est plus simple qu'on a voulu la faire : si nous laissons de côté les opérations septiques et les explorations maladroites, elle relève de deux grandes causes, l'état puerpéral et la blennorrhagie. Ceux qui ont vu beaucoup de microbes dans les voies génitales ont attribué à l'infection des sources multiples? mais j'ai dit comment les derniers travaux bactériologiques ont mis à néant cette pathogénie luxuriante. Est-il possible que des microbes inoffensifs acquièrent un peu de virulence dans certaines conditions de milieu ? Faut-il leur attribuer quelques érosions bénignes chez des femmes peu souffrantes? Je le veux bien; mais ces faits encore douteux, et de peu d'importance quand ils seront démontrés, ne doivent pas nous distraire des faits principaux. Il est constant que les utérus accusés de métrite sans qu'une infection puerpérale ou blennorrhagique soit intervenue, sont presque toujours les utérus congestionnés et scléreux des arthritiques nerveuses, et que c'est, d'une manière générale, après ces deux mois de contamination que nous voyons évoluer et se localiser de façons diverses les altérations métritiques de la muqueuse, de ses glandes et du parenchyme voisin.

Or, pour qui veut choisir au milieu des traitements innombrables de la métrite, c'est justement cette évolution qui est intéressante, et dont les livres ne donnent qu'une très faible idée, en faisant de la métrite une histoire morcelée, décousue, en l'émiettant, pour ainsi dire, dans une foule de petits chapitres et dans une suite de schémas sur la topographie des lésions, les formes et les symptômes arbitrairement groupés ou dissociés, rubriques banales dont, paraît-il, aucun auteur écrivant traité ou manuel n'a le droit de se départir. Il vaudrait mieux décrire les faits dans l'ordre où ils se présentent et peindre les malades comme on les voit; mais, pour cette besogne,

il faut les avoir regardées longtemps. Je voudrais, si j'en avais le loisir, suivre pas à pas l'infection, montrer comment elle envahit les tissus, se diffuse et se propage au loin, ou rétrocède et se localise; d'autre part, comment la femme souffre et réagit aux divers stades de l'infection, et quelle part revient à celle-ci dans les troubles variés qui déconcertent le jugement. Il y aurait là deux chapitres intéressants à faire sur l'évolution anatomique et l'évolution clinique de l'endométrite infectieuse, dont je puis seulement tracer quelques lignes.

Évolution anatomique. — Prenons d'abord l'état puerpéral. Deux portes d'entrée : déchirures du col et surface placentaire. Il y a des femmes qui, sans avoir eu la fièvre après leur couche, se mettent à souffrir peu à peu, et quelques mois plus tard on leur trouve une métrite cervicale. Il peut donc y avoir des infections légères où la cavité utérine est indemne, où l'inoculation ne se fait que par le museau de tanche, où la métrite est cervicale d'emblée; mais je n'en sais rien. Ce que je vois, pour peu que la femme ait la fièvre et soit une malade, c'est que l'utérus est envahi tout entier, car il reste gros, congestionné, sensible, et l'écoulement sanguin, séreux, purulent ne vient pas seulement du col. Donc, au moins dans les formes un peu graves, la métrite puerpérale, à son origine, porte à la fois sur le col et sur le corps, elle est totale.

C'est alors que naissent et s'étendent ces lésions décrites par Cornil, Sinéty, Paul Petit, et qui sont bien des lésions de métrite infectieuse : muqueuse utérine, tomenteuse et friable, parsemée de granulations qui forment çà et là des masses fongueuses, dépouillée de son épithélium cylindrique, formée superficiellement d'une nappe de tissu embryonnaire, profondément de cellules plate, avec des glandes déformées, allongées, séparées par des intervalles de tissu embryonnaire et des vaisseaux dilatés; parenchyme ramolli, contenant des travées de tissu conjonctif épaissies, des faisceaux musculaires atrophiés, des cellules migratrices groupées autour des vaisseaux. Sur le col, hypertrophie, éversion de la muqueuse, formation de saillies papillaires, ulcérations vraies ou fausses, altérations glan-

laires profondes et sécrétion muco-purulente. Mais les lésions du corps et celles du col sont loin d'avoir la même destinée, et c'est faute de le savoir qu'on fait d'énormes erreurs de thérapeutique. Les premières se voient, comme je viens de l'établir, dans l'*état puerpéral récent;* elles se voient encore dans ce que j'appelle la *métrite prolongée.* L'infection a été grave et profonde; par la muqueuse, par les voies lymphatiques elle a gagné les annexes, elle a semé sur sa route la cellulite, le pyosalpinx, l'ovarite purulente, l'abcès péritonéal. Il est permis de croire que tous les points touchés par la lymphangite pelvienne sont solidaires, et que le voisinage d'un pyosalpinx entretient la congestion et la phlegmasie de la muqueuse et du parenchyme. Alors, plus ou moins longtemps après la période puerpérale, on trouve encore le tissu ramolli et friable, et du liquide puriforme ou sanguinolent dans la cavité; j'ai vu même, au cours d'une hystérectomie vaginale, deux abcès dans la paroi utérine. Telles sont, en résumé, les deux conditions dans lesquelles s'observe la métrite du corps : l'état puerpéral récent, et la métrite prolongée qui accompagne les lésions graves des annexes.

Mais, d'autres fois, l'infection s'est limitée d'elle-même ou à la suite d'une intervention ; elle n'a pas envahi les annexes ou les a touchées à peine, ne laissant après elle que de minimes adhérences péritonéales ; l'involution s'est complétée au bout de quelques mois, le corps a repris son volume; tout est guéri, sauf le col. Regardez quelques semaines après l'accouchement, ou l'année suivante, ou plus tard, le col est toujours malade : il était malade au début, et nulle vraie métrite infectieuse ne peut se concevoir sans la participation du col ; il reste malade, parce que la forme de ses glandes, l'épaisseur et les anfractuosités de sa muqueuse sont favorables aux cultures et rebelles aux moyens thérapeutiques. Chassée de partout, l'inflammation s'y cantonne ; si bien que, chez les femmes qui n'ont pas d'accidents pelviens progressifs, mais qui restent modérément souffrantes avec des pesanteurs et de la leucorrhée, cette métrite interminable, non plus seulement prolongée mais chronique au sens

propre du mot, est une métrite exclusivement cervicale. Dans le corps l'inflammation est éteinte ; je ne dis pas que l'analyse histologique n'y verrait pas quelques traces de son passage, mais pour le clinicien elles n'existent pas ; le palper, le cathéter ne trouvent rien ; toute médication intra-utérine est illusoire. Tels sont les faits courants de la pratique ; telles sont les femmes qui viennent journellement nous consulter, deux ou trois ans après leurs couches. Elles ont le gros col d'Emmet, et elles n'ont que cela ; quand, avant l'opération de Schrœder, on gratte la muqueuse par acquit de conscience, la curette ne ramène que d'insignifiants débris. Voilà pourquoi je répète souvent, dans mon service, une formule un peu trop simple, mais justifiée par les commentaires qui précèdent : *la métrite chronique est une métrite cervicale.*

Mêmes constatations dans la blennorrhagie. Ici, pas de surface placentaire, pas d'infection primitive du corps. Le gonocoque vient d'en bas et touche d'abord le museau de tanche. Or, il a deux manières de procéder : virulent, foudroyant, il crée la lymphangite pelvienne, envahit tout, la muqueuse et la paroi utérines, les annexes, le péritoine. Je veux bien alors qu'on le rencontre un peu partout, dans les glandes en tube et jusque dans la trompe ; je veux bien qu'avec le pyosalpinx rapidement développé ou la salpingite parenchymateuse des cas subaigus, coïncide une métrite du corps plus ou moins prolongée, et qu'au bout de plusieurs mois ces cas-là ne se distinguent pas facilement des métro-salpingites d'origine puerpérale. Mais les choses ne vont pas toujours ainsi ; d'ordinaire le gonocoque est plus discret, ou du moins plus insidieux, car il nuit toujours à l'espèce. La femme commence par une blennorrhagie aiguë, et vient nous consulter pour une vive sensibilité vaginale avec des pertes jaunes et vertes ; la vaginite se passe, quelquefois sans laisser de trace, mais souvent aussi, quand elle a disparu, la malade commence à souffrir du ventre et des reins, et nous montre un col tuméfié, érodé, muco-purulent. J'ai sous les yeux, en ce moment, deux jeunes femmes chez lesquelles j'ai vu, pour ainsi dire, le col s'inoculer et la métrite cervicale succéder à la

vaginite; j'ai pu arrêter sans trop de peine cette infection récente. Mais combien s'envolent sans être guéries, et vont promener par le monde une métrite qui s'installe et prend racine, éternellement leucorrhéiques et stériles pour toujours! Combien aussi victimes de la blennorrhée conjugale, n'ont jamais eu de vaginite aiguë, jamais consulté de médecin, mais depuis leur mariage ont senti quelques douleurs vagues et après deux ou trois ans s'étonnent de n'avoir pas d'enfants! Elles ont un col rouge, granuleux, suintant; elles n'ont eu et n'auront jamais autre chose; l'utérus est petit et mobile, les trompes et les ovaires silencieux; l'infection, si grave qu'elle soit dans ses effets, est restée toute locale et n'a pas retenti au loin. Voilà pourquoi cette autre formule est bonne à retenir : *la métrite blennorrhagique est une métrite du col.*

Je n'apprends rien à personne en disant qu'il y a des métrites exclusivement cervicales. Et cependant, beaucoup de médecins paraissent n'y guère penser dans leur pratique; il semble que l'altération du col aperçue dans le fond du spéculum ne soit jamais que la partie visible, voire même la partie négligeable d'une altération plus profonde, qu'on appelle vaguement « la métrite ». Je sais bien qu'il y a des praticiens pour qui tout se résume à badigeonner des cols, et des opérateurs qui s'empressent de les couper sans regarder plus loin; mais je suis surtout frappé de voir avec quelle sollicitude on injecte, on crayonne et on racle des cavités saines. C'est qu'on n'a pas présente à l'esprit l'évolution de la métrite, que je résume en ces quelques mots : l'utérus totalement infecté, la métrite du corps s'observe dans la période qui suit l'accouchement, et réclame nos soins pendant un laps de temps variable, mais assez court; elle est déjà beaucoup moins intéressante, quand elle se prolonge à côté des lésions annexielles qui absorbent l'attention et dominent le traitement; à la longue, elle n'existe plus, et la plupart des malades qui passent journellement sous nos yeux avec des leucorrhées purulentes, n'ont rien qu'une métrite cervicale. Si, derrière le col malade, on aperçoit un gros utérus à cavité agrandie, congestionné, douloureux, il s'agit d'un état

scléreux non inflammatoire, et la femme est une arthritique nerveuse, sinon, combien de fois n'ai-je pas vu, derrière ce même col profondément altéré, l'utérus petit et peu sensible !

Évolution clinique. — J'étais déjà sur le terrain clinique en suivant la marche des lésions, car c'est au lit des malades qu'on en déchiffre le sens ; livré à lui-même, l'histologiste ne peut que dessiner des formes mortes. Ce que je veux indiquer maintenant, c'est la valeur des symptômes qui accompagnent la métrite.

Je passe rapidement sur la première période, celle de la fièvre et de l'infection générale. A ce moment, si la « fièvre puerpérale » n'est pas alarmante, si les phénomènes locaux dominent la scène, on parle de *métrite aiguë*. Tous les livres contiennent, sous cette rubrique, une description de pure fantaisie, avec les rengaines habituelles : anatomie pathologique, symptômes, diagnostic, pronostic et traitement. Or, une métrite aiguë, c'est un utérus qui souffre, qui donne un peu de fièvre et qu'on met au repos ; les descriptions qu'on en fait sont d'une richesse puérile, en même temps qu'elles oublient et relèguent dans d'autres chapitres le tissu cellulaire, les annexes, le péritoine qui sont touchés en même temps, en un mot, la lymphangite pelvienne. Pourquoi dissocier les faits qui vont toujours ensemble, et pourquoi, dans les ouvrages d'enseignement, tourner le dos sans cesse à la clinique ?

Quand cette période aiguë est passée, deux routes se présentent où la femme peut s'engager. Dans la première, elle marche plus ou moins rapidement vers les lésions définitives des annexes. Même si des foyers de suppuration précoce ont été évacués, la diffusion de l'agent septique a été telle, que tout l'appareil tubo-ovarien reste malade ; à aucun moment la femme n'est bien portante et ne reprend sa vie ordinaire, ou bien elle se relève et semble revenir à la santé, mais elle conserve en elle son ennemi, de temps en temps elle retombe, sans cesse elle est tenue en haleine par les réveils successifs de l'infection, par des poussées de pelvi-péritonite qui mettent la chirurgie en demeure d'intervenir. J'ai dit que cette infection prolongée inté-

resse l'utérus avec le reste, mais que la métrite alors disparaît dans l'ensemble et ne crée pas les indications.

Si la femme prend l'autre chemin, c'est alors, à vrai dire, que l'histoire de la métrite commence, La fièvre a cessé, la douleur s'est amendée; à l'examen, le tissu cellulaire, les annexes ont conservé ou retrouvé leur souplesse, l'utérus seul est en cause. Il est lourd, volumineux, mal revenu sur lui-même ; il est resté quelques débris placentaires ou membraneux qui entretiennent l'infection de la muqueuse, le parenchyme est congestionné, le corps est sensible au toucher bimanuel. La malade s'est levée, a repris ses travaux, mais elle n'a plus la même activité qu'autrefois, un rien la fatigue; elle souffre du ventre, elle a des pertes sanguines irrégulières, un écoulement séro-purulent, mêlé en proportions variables au muco-pus de la métrite cervicale. Toute irritation intra-cavitaire provoquant les contractions et la sensibilité du muscle utérin, la femme peut souffrir beaucoup; et pour peu que le nervosisme intervienne, elle a des crises pénibles, elle marche pliée en deux, elle est presque une impotente, une malade grave. Telle est, en résumé, la métrite envahissant tout l'organe, et qu'on observe dans les mois qui suivent l'accouchement.

Toutes les femmes ne sont pas prises au même degré, et le repos, un traitement simple, une bonne hygiène peuvent améliorer la situation; ou bien quelque médication intra-utérine est intervenue, le curettage a supprimé la muqueuse dont la trame conjonctive et l'épithélium se réparent, et peu à peu, comme je l'ai dit, l'inflammation s'éteint, la métrite se simplifie à mesure qu'elle arrive en âge; réduite à sa dernière expression, elle n'est plus qu'une métrite cervicale, et à ce moment la malade n'a droit, pour ainsi dire, qu'à trois symptômes : pesanteur pelvienne, douleur lombo-sacrée, leucorrhée muco-purulente.

Je dis pesanteur pelvienne, parce que la douleur est sourde et peu intense; la métrite chronique n'est pas une métrite douloureuse. Toutefois, les maux de reins peuvent être assez pénibles. Quant à la leucorrhée purulente, épaisse et visqueuse,

purement cervicale, elle est trop connue pour que j'y insiste. Et c'est tout; la métrite chronique n'a pas d'autres symptômes.

Voilà une assertion qui peut sembler paradoxale. Comment? la métrite chronique n'est pas douloureuse ? Nous ne voyons pas les femmes geindre et se lamenter, dix ans et plus après leur dernier enfant ? Oui, sans doute, il y en a qui souffrent beaucoup, mais ce n'est pas à la métrite seulement qu'elles le doivent, et c'est ici qu'il importe de faire les distinctions qui seules peuvent nous conduire à une bonne thérapeutique.

Et d'abord, on fait une erreur de diagnostic et une erreur de doctrine en prenant pour des métrites chroniques douloureuses les gros utérus non infectés des arthritiques ; les cols durs, scléreux, hypertrophiés, mais de conformation normale, sans érosion, avec un mucus clair ; les cavités agrandies, à parois lisses ou munies de fongosités polypeuses ; les corps volumineux lourds et rétrodéviés ; aucune trace d'infection antérieure, aucun souvenir d'accidents fébriles, congestions fréquentes, métrorrhagies ou règles profuses, crises névralgiques souvent très violentes. Et puis, il y a la métrite chez les arthritiques nerveuses, qui ont bien le droit de s'infecter comme les autres. Souvent leurs gros utérus ont un col manifestement enflammé, granuleux, muco-purulent. C'est peut-être une infection blennorrhagique, un simple accident qui est survenu ; c'est peut-être aussi une évolution spéciale dont il faut tenir compte. En interrogeant la femme, on trouve, à l'origine des accidents, une infection non douteuse ; la métrite a semblé guérir ; elle n'est plus qu'une métrite cervicale, mais la femme a des douleurs et des hémorrhagies hors de proportion avec l'état du col. C'est qu'il y a derrière ce col malade, un gros utérus nerveux et congestionné. Or, l'infection n'a-t-elle pas joué un rôle dans son développement, n'a-t-elle pas éveillé ses tendances pathologiques, n'a-t-elle pas appelé la congestion qui ne demandait qu'à s'établir sur un terrain préparé, n'est-elle pas encore aujourd'hui la cause qui l'entretient et la rend plus intense ? Il est fréquent, il est naturel que ces femmes aient de vives douleurs. Mais prenez un tempérament neutre ou lymphatique, et supposez une

métrite qui ait passé par les mêmes phases et soit arrivée au même point : l'utérus est de volume ordinaire, la cavité n'est pas agrandie, parfois même, derrière un col énorme et largement déchiré, il est petit ; rétracté ; la métrite, en se localisant, paraît avoir laissé derriere elle, — certains auteurs en ont fait la remarque — des lésions atrophiques de la muqueuse et du parenchyme, et ces maldes ne souffrent guère ; plus d'une sont incommodées surtout par les pertes muco-purulentes, souvent profuses, et ne se font soigner que pour elles.

Ce que je dis de la douleur, il faut le dire aussi d'une foule de symptômes dont les auteurs ont généreusement doté la métrite, et qui ne sont autres que les manifestations connues de l'arthritisme. Les « symptômes généraux de la métrite », voilà encore un lieu commun qui traîne dans tous les livres : dyspepsie, migraine, neurasthénie, tous les troubles nerveux y défilent. Or, ces troubles font cortège, non pas à la métrite, mais à la sclérose utérine, ou plutôt celle-ci les accompagne et fait sa partie dans l'ensemble. Bien entendu, la souffrance de l'utérus, quand elle est violente, peut retentir sur d'autres organes et aggraver l'état nerveux ; la métrite qui, chez les prédisposées, entretient la congestion douloureuse, apporte donc son appoint dans les réactions lointaines. Chez les femmes lymphatiques, les « symptômes généraux » sont absents.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement et sans curiosité que, dans un Congrès, j'ai entendu décrire le « traitement de la métrite par les injections sous-cutanées de sérum artificiel ». Il y avait une théorie d'allure savante, et tout s'arrangeait fort bien dans l'imagination de l'auteur. Il s'agissait, au fond, d'un traitement de la neurasthénie. Combien de fois les arthritiques nerveuses n'ont-elles pas été douchées, baignées, piquées au sérum, expédiées aux eaux, sous l'étiquette banale de métrite chronique !

TRAITEMENT

De ce qui précède il ressort que le traitement général de la métrite n'existe pas. Et ce que j'aurais à dire du traitement

local, si j'en avais le loisir, serait une critique des médications aveugles qui, d'une part, voient partout l'infection, ignorent les dystrophies et les influences diathésiques, et, d'autre part, dans la métrite vraie, ne tiennent pas compte de l'évolution.

Aux utérus des arthritiques nerveuses conviennent les moyens qui décongestionnent leur tissu, injections chaudes, tampons de glycérine, hydrastis et viburnum ; les bains et les douches sont excellents ; le massage utérin fait quelquefois merveille ; le régime et l'hygiène font partie essentielle du traitement. La curette et les caustiques sont précieux dans les formes hémorrhagiques, surtout quand il y a des fongosités, moins souvent avec les muqueuses lisses ; mais c'est une grave imprudence que de les appliquer sans discernement aux utérus congestifs et sensibles, car ils peuvent les exaspérer, créer des douleurs qui n'existaient pas, faire de la malade une impotente. Puis, vient l'amputation élevée du col avec ligature des utérines, pour amener l'atrophie du corps ; puis, enfin, l'ultima ratio, l'hystérectomie vaginale, pour les situations graves, les névralgies tenaces, les pertes épuisantes.

Dans la vraie métrite, les médications indirectes, auxquelles peut céder la congestton, sont des palliatifs médiocre, des moyens d'attente. Il faut détruire la muqueuse malade ou modifier profondément les surfaces : pour le corps, médications intra-utérines variées, curettage ; pour le col, résections anaplastiques. Chacun sait cela ; n'empêche qu'il règne, dans le traitement de la métrite, une véritable confusion.

Voyez, par exemple, une revue des *Travaux récents sur la thérapeutique intra-utérine*, par le Dr Oswald Feis (1). On y trouve réunies les opinions et la pratique de beaucoup d'auteurs ; on n'y trouve pas un mot qui donne à penser que certaines douleurs ou certaines hémorrhagies ne relèvent pas de l'infection : quand on a parlé d'endométrite, on a tout dit. Mais je remarque au passage quelques déclarations intéressantes : Winckel

(1) Oswald Feis. Travaux récents sur la thérapeutique intra-utérine, 1899, trad. par R. Labusquière. *Annales de gyn. et d'obst.*, février 1900.

s'élève contre une thérapeutique intra-utérine intensive, « à cause de l'excitation nerveuse qu'elle détermine souvent ». Olshausen est d'avis que « le curettage est un moyen thérapeutique impropre dans l'endométrite catarrhale » ; Bröse estime que « le processus catarrhal ne remonte pas d'ordinaire au-dessus de l'orifice interne » et que, « les manœuvres intra-utérines sont le plus souvent inutiles et même dangereuses, dans l'endométrite catarrhale, parce qu'elles risquent d'inoculer les germes infectieux dans le corps de l'utérus, non contaminé jusque-là ». Que veut dire endométrite catarrhale, et de quoi s'agit-il ? De l'hypersécrétion glandulaire simple des utérus congestionnés ? D'une infection des glandes cervicales ? Pas une description, pas un signe clinique ne sont donnés qui nous éclairent. Et, à supposer que le traitement s'applique à une vraie métrite, impossible de savoir pourquoi tel auteur aborde la cavité utérine plutôt que de s'arrêter au col : pourquoi la métrite cervicale est négligée ; pourquoi il n'est pas mieux tenu compte de la nature de l'infection et de ses divers stades, et pourquoi métrite déciduale et métrite gonorrhéique anciennes sont mises pour ainsi dire au même plan et semblent réclamer des traitements analogues. En revanche, la mécanique joue un grand rôle ; il s'agit de savoir si le cathéter américain vaut mieux que la sonde de Playfair ou la seringue de Braun ; si le col doit être fixé, la malade endormie ; quel topique est le plus expédient, acide phénique, sublimé, chlorure de zinc, lysol, alumnol icthyol, glycérine, formaline, euphorine ; enfin, la fameuse question du passage des liquides à travers la trompe. Ne vaudrait-il pas mieux se demander dans quelles conditions précises la médication intra-utérine est valable, et s'il est bien utile de poursuivre une métrite du corps depuis longtemps éteinte ou qui n'a jamais existé ?

Pierre Delbet n'a pas évité ce reproche dans son *Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc* (1). Il nous parle des métrites chroniques sans les définir.

---

(1) PIERRE DELBET. Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc. *Annales de gyn, et d'obst.*, janvier 1899.

Il nous parle des métrites hémorrhagiques, et, ayant enlevé un utérus qui continuait à saigner malgré les injections et le curettage, il dit: « Je n'ai trouvé aucune lésion qui explique ni l'abondance ni la persistance des hémorrhagies. On sait qu'il existe un certain nombre de ces cas d'apparence paradoxale. » Il est cependant fort naturel qu'un utérus à muqueuse lisse, mais congestif et scléreux, donne du sang. Il nous parle aussi des métrites glandulaires, « dans un sens purement clinique »; ce sont des métrites « caractérisées symptomatiquement par de la leucorrhée. « Laquelle? utérine ou cervicale, muco-pus ou mucus clair? Ce qui ressort de ces désignations, c'est que Delbet n'a pas attaché grande importance au mot métrite, et ne s'est pas attardé à séparer l'infection des états dystrophiques. C'est lui cependant, qui a écrit dans un excellent travail sur la métrite (1) que les altérations de la muqueuse, identiques à celles qu'on rencontre avec les fibro-myômes et les maladies non infectieuses des ovaires, peuvent se produire « en dehors de toute influence microbienne et être dues à des troubles nutritifs d'ordre vasculaire et nerveux ».

J'accorde qu'il avait bien le droit d'essayer empiriquement, pour ainsi dire, l'action du chlorure de zinc en solution sur la muqueuse utérine. Mais alors, il ne peut y avoir là un traitement rationnel et régulièrement efficace de la métrite infectieuse. Voyons les résultats:

Les pseudo-métrites hémorrhagiques « guérissent dans la perfection ». Je le crois; cela veut dire que la cautérisation, aussi bien que le curettage, mieux, si vous voulez, détruit les fongosités polypeuses, ou modifie profondément la muqueuse hyperhémiée. Je crois aussi que Delbet a vu des « métrites parenchymateuses », des « utérus hypertrophiés » revenir sur eux-mêmes; sans oublier les réserves de Winckel et d'autres auteurs, je ne suis pas étonné qu'il ait agi heureusement sur quelques parenchymes et réduit certaines parois congestion-

(1) Pierre Delbet. Art. Métrite. *Traité de chirurgie*, de S. Duplay et P. Reclus, t. VIII.

nées. Mais les vraies métrites ? Elles se trouvent, sans doute, parmi les métrites glandulaires. Or, deux malades n'ont tiré du traitement aucun bénéfice, cinq ont été améliorées, huit ont guéri ; mais, parmi ces dernières, deux seulement ont été suivies, l'une cinq mois et l'autre six. Résultats peu brillants, mais qu'il fallait prévoir. Les observations n'indiquent pas l'origine de la métrite, sa nature, son ancienneté, à quelle distance est la femme de son dernier accouchement. Avez-vous échoué pour avoir injecté la cavité utérine quand il n'y avait que de la métrite cervicale? Avez-vous amélioré parce qu'un peu de votre liquide a bavé sur le col? Avez-vous réussi parce que la femme était proche de l'état puerpéral et que l'inflammation du corps n'était pas éteinte? Vous n'en savez rien, vous ne l'avez pas cherché. Êtes-vous sûr enfin que vos guérisons soient solides, quand vous touchez superficiellement, incidemment, ce col dont les lésions « rétrocèdent aussi dans bien des cas », mais pour couver dans l'épaisse muqueuse?

En résumé, je ne puis admettre qu'on voie la métrite en bloc, pour ainsi dire, et qu'on dirige contre elle un traitement systématique. Je répète qu'il faut tenir compte de l'évolution et, en rapprochant les dates et les signes qu'on a sous les yeux, juger à quel stade de la métrite la femme est arrivée, à quelle thérapeutique elle a droit.

S'agit-il de la blennorrhagie — en laissant de côté, bien entendu, les formes lymphangitiques et les altérations graves des annexes — et peut-on sûrement éliminer toute origine puerpérale ? Inutile de s'occuper de la muqueuse utérine ; tout l'effort doit se concentrer sur le col, et toute la question est d'y exercer, suivant l'ancienneté et la profondeur des lésions, une action suffisamment destructive.

S'agit-il d'une infection puerpérale ? Une première question doit être posée : sommes-nous dans les quelques mois qui suivent l'accouchement, dans cette période incertaine, sans limites précises, et pouvons-nous croire à une inflammation survivante, à une muqueuse non cicatrisée ? Si le fait est possible, nous n'avons plus qu'à observer, à nous enquérir des symp-

tômes, à noter les caractères de la leucorrhée, la sensibilité du parenchyme utérin mise en regard de la sensibilité générale de la femme et de son degré de nervosisme. Et puis, il y a les divers moyens d'exploration : cathétérisme, dilatation du col, exploration digitale, raclage et examen microscopique, recherche des micro-organismes ; il y a même des hystéroscopes, des lampes, des laveurs spéciaux. Je ne critique rien ; chaque auteur a ses habitudes ; ce que je demande, c'est qu'on explore l'utérus quand il y a des chances pour qu'il soit malade. Et alors, qu'on choisisse le curettage, le tamponnement, les injections modificatrices ; qu'on emploie les topiques et les instruments qu'on préfère ; ce que je demande, c'est qu'on traite la muqueuse utérine à bon escient et quand elle est malade.

Mais si l'origine des accidents est lointaine, si j'ai bien affaire à une métrite chronique ; si enfin quelque maladroit n'est pas intervenu déjà pour écorcher et salir l'endométrium, je sais que je n'ai rien à faire dans cette cavité ; que derrière ce col je n'ai rien à laver, rien à aseptiser, rien à gratter ; que, sauf le cas d'hémorrhagies révélant des polypes ou un état congestif de la muqueuse, je n'ai que faire d'aller tourmenter un utérus dont le segment inférieur est l'unique refuge de l'ancienne infection. Le seul traitement qui convienne alors est celui d'une métrite cervicale.

Et pour donner une conclusion à tout ce qui précède, je mettrai une dernière fois en lumière : 1° l'inutilité du traitement local de la métrite chez un grand nombre de femmes qui sont des arthritiques nerveuses et dont l'utérus n'est pas infecté ; 2° l'inutilité de la thérapeutique intra-utérine dans un grand nombre de métrites infectieuses chroniques ; 3° l'importance relative de la métrite cervicale et de son traitement.

Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Guérison

Par E. Baudron (1).

La nommée G..., dont j'ai l'honneur de communiquer l'observation à la Société, est une femme de 32 ans, d'origine italienne, que je viens d'opérer dans le service de mon maître, le Pr Pinard.

Elle fut réglée à 12 ans, et sa menstruation fut toujours régulière et normale jusqu'à son mariage, vers 18 ans. A 19 ans et demi, elle devient enceinte et fait un avortement de trois mois et demi environ. Cinq ou six mois après cet avortement, elle entre pour des troubles de menstruation et de la leucorrhée dans un service de gynécologie en Italie, et y est soignée par la dilatation et des pansements intra-utérins. Son état s'améliore, et depuis dix ans elle n'a plus ni pertes ni douleurs. Ses dernières règles se sont terminées le 1er décembre 1899 : elles ont eu une durée normale. A la fin de décembre, les règles ne viennent pas ; la malade ayant été renversée sous un fiacre le 26 décembre, attribue la suppression de ses règles à cet accident et ne suppose pas qu'elle puisse être enceinte.

Le 25 janvier (par conséquent à l'époque précise où les règles de janvier auraient dû commencer), elle est prise subitement, au milieu de la nuit, de violentes douleurs abdominales avec tendance à la syncope. On fait appeler le Dr Pissot, qui la trouve dans un état d'agitation extrême avec 38° de température et 104 pulsations ; le toucher ne donne aucun renseignement et le palper abdominal est impossible à pratiquer. M. Pissot prescrit une potion calmante et le repos absolu au lit. On le rappelle seulement le 3 février, et voici ce qu'il constate : la température atteint 38°,7, le pouls est à 144 ; la miction est pénible ; il

---

(1) Comm. à la *Soc. d'obst. gyn. et pédiatrie.* Séance du 6 avril 1900.

existe un certain degré de ténesme rectal. Le ventre est légèrement ballonné et douloureux, surtout à gauche où l'on perçoit un peu d'empâtement. Notre confrère conseille de transporter la malade à la clinique Baudelocque et, en attendant, place une vessie de glace sur le ventre et fait une piqûre de morphine. Le lendemain, 6 février, l'amélioration est notable, et, quand je vois la malade à son arrivée à Baudelocque, vers midi, son état est le suivant : la température est de 37°, le pouls plein et fort bat à 80; à la palpation, on trouve un peu de météorisme, et, à gauche, au niveau d'un point symétrique du point appendiculaire, un peu d'empâtement et de submatité : la pression la plus légère y détermine une assez vive douleur. Les culs-de-sac vaginaux sont absolument libres et l'utérus, de volume normal, est senti en antéversion : il n'est le siège d'aucun écoulement. Je porte le diagnostic de grossesse tubaire gauche en voie de rupture, et il est décidé que, sauf indication d'urgence venant du pouls ou de la température, la malade sera laparotomisée le mercredi suivant 9 février. Le 7 et le 8 février, la température reste normale et le pouls se maintient à 80.

Les douleurs ont presque disparu au point que, le 8 au soir, malgré toutes les remontrances qui lui sont faites, la malade quitte l'hôpital et rentre chez elle. La journée du 9 est bonne ; mais, dans la nuit du 9 au 10, l'état s'aggrave subitement ; M. Pissot, rappelé, trouve la malade en proie à de violentes douleurs abdominales avec un pouls à 150 et 39° de température. Les 11, 12 et 13 février, même température, même fréquence du pouls ; en outre, le ventre se ballonne, les vomissements apparaissent et deviennent incessants ; la constipation est opiniâtre ; la miction volontaire, impossible.

Le 14, M. Pissot me prie de venir voir cette femme qui refuse obstinément de retourner à Baudelocque. Je la trouve dans un état d'agitation très grand, le facies grippé, les traits altérés.

Je limite par le palper une tumeur abdominale siégeant dans la fosse iliaque gauche, remontant presque à l'ombilic et du volume des deux poings, et je suis frappé de l'indolence relative de cette tumeur, tandis qu'au contraire la fosse iliaque droite qui paraît libre est le siège d'une douleur tout à fait aiguë au moindre frôlement de la main. Toutes mes supplications pour décider cette malheureuse femme à retourner à Baudelocque sont vaines, et je pars convaincu qu'elle va succomber victime de son entêtement. Le 18 février, à 8 heures du matin, on me prévient qu'elle vient enfin d'arriver à la clinique ; mon maître, M. Pinard, la voit à ce moment, confirme le diagnostic de grossesse

tubaire gauche rompue et me demande d'intervenir immédiatement. Elle était dans l'état où je l'avais laissée quatre jours auparavant; même température à 39°, même pouls à 140.

A 11 heures, je pratique la laparotomie avec l'assistance de mon ami, le Dr Paquy. La paroi abdominale est rapidement incisée, et à l'ouverture du péritoine il s'écoule une assez notable quantité de sang noirâtre et légèrement fétide, et des caillots anciens et récents qui, recueillis et pesés, représentent 350 gr.

La trompe gauche rupturée et remplie par la masse placentaire est accolée très haut à la paroi abdominale et au sommet de la vessie qu'elle étire; elle est décortiquée avec difficulté de la vessie et réséquée après ligature du pédicule par deux fils de soie entrecroisés.

Dans cette manœuvre la vessie est déchirée sur une étendue de 2 centimètres et immédiatement suturée par quatre points de soie fine.

La cavité hémorrhagique étant soigneusement étanchée avec compresses stérilisées, et avant de refermer le ventre, me rappelant les douleurs vives que mon examen du 14 février avait provoquées dans la fosse iliaque droite, je tiens à me rendre compte de l'état des annexes droites. Je tombe alors sur une tumeur kystique du volume d'une orange adhérente aux parois pelviennes loin des culs-de-sacs. La décortication est assez facile; c'est un hydrosalpinx dont le pédicule, gros comme le petit doigt, est tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre. Les annexes droites sont excisées après ligature par deux fils de soie entrecroisés. Je fais un tamponnement à la gaze iodoformée, et, les chefs des fils de soie placés sur la vessie étant ramenés dans l'angle inférieur de la plaie, je ferme mon incision abdominale par deux plans superficiel et profond au fil d'argent. En raison de la plaie vésicale, je mets à demeure une sonde de Malécot.

L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Examen des pièces, fait par mon ami Couvelaire, interne à la Maternité:

1° *Annexes droites.* — L'ovaire est irrégulier, bosselé de saillies kystiques, recouvert par places d'adhérences sanglantes. Ses dimensions sont:

Longueur.....	55	millimètres.
Hauteur.....	40	—
Épaisseur.....	25	—

Il renferme un corps jaune dont les grands diamètres mesurent 18 millim. et 11 millim.

La trompe enlevée comprend deux portions : 1° une portion ampullaire à laquelle adhère le pavillon dont les franges sont libres, d'aspect normal avec orifice perméable. Cette portion mesure 2 centim. de longueur ; sa surface extérieure présente quelques adhérences lâches déchirées ; 2° une portion distendue et largement crevée qui donnait insertion à l'œuf ; cette portion mesure 6 centim. de long sur 5 de haut. La déchirure a comme diamètres 4 centim. et 3 cent. 1/2. La paroi mesure 3 à 4 millim. d'épaisseur. La surface interne est hérissée de caillots et de fins débris placentaires infiltrés de sang. Du côté opposé à la rupture, la face postérieure de la poche tubaire est couverte de caillots adhérents et de brisures d'adhérences (c'est à ce niveau que se trouvaient les adhérences à la paroi abdominale et à la vessie).

2° Une masse du volume d'un gros œuf de dinde, est constituée par du *tissu placentaire* infiltré de sang, creusé d'une poche largement ouverte laquelle est tapissée par une fine membrane amniotique.

Dans les caillots recueillis au cours de l'opération, il n'a pas été trouvé trace de fœtus.

3° *Annexes gauches.* — L'ovaire est très gros, bosselé, polykystique, et sa surface est ecchymotique par places ; il mesure :

45	millimètres	de longeur.
36	—	de hauteur.
38	—	d'épaisseur.

La trompe est transformée en une tumeur kystique du volume d'une grosse orange ; c'est le type de l'hydrosalpinx ; la surface extérieure de cette poche est ecchymotique et tapissée de caillots adhérents et de débris d'adhérences sanglantes brisées. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre, les deux tours sont peu serrés.

L'ovaire ne participe pas à la torsion.

Le liquide de cet hydrosalpinx est sanguinolent, noirâtre.

Examen microscopique du pédicule.

Au niveau du pédicule des annexes droites :

La cavité tubaire est agrandie (5 à 7 millim. de plus par diamètre).

Les parois de la trompe sont hypertrophiées.

Épithélium cylindrique conservé sur toute la surface de coupe. Le mode de fixation de la pièce ne permet pas de donner des renseignements positifs sur les cils vibratiles.

Franges. — Les franges sont très épaissies. Leur stroma est très riche

en cellules dont un certain nombre sont des cellules rondes. Un certain nombre de ces franges renferment des capillaires dilatés, remplis de globules rouges.

Couche musculaire hypertrophiée.

Vaisseaux. — Dans la couche musculaire et sous-séreuse le nombre des vaisseaux rencontrés sur une coupe, est beaucoup plus grand que d'ordinaire : ces vaisseaux, ainsi que les capillaires, sont gorgés de globules rouges. Pas de thromboses. La plupart des vaisseaux ont leurs parois épaissies. Il en est de même dans les vaisseaux du mésosalpinx.

Résumé : Au niveau du pédicule des annexes droites, la trompe présente des lésions accentuées de salpingite chronique hypertrophique. Il y a hyperplasie et congestion intense du système vasculaire tant au niveau de la paroi tubaire qu'au niveau du mésosalpinx.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'opération la température s'abaisse à 37° : les vomissements diminuent et le lendemain matin un lavement provoque une selle abondante. Le troisième jour le tamponnement est retiré et remplacé par un gros drain ; le soir la température s'élève à 38°,2 ; mais le lendemain matin elle retombe à 37° en même temps que le pouls descend à 100.

Pendant les cinq premiers jours il est fait quotidiennement une injection de 300 grammes de sérum.

Les fils de l'incision abdominale sont enlevés le neuvième jour : la réunion de toute la portion suturée est complète. Les fils de soie de la vessie tombent successivement du neuvième au douzième jour sous l'influence d'une traction permanente et progessive exercée à l'aide d'une pince autour de laquelle ils étaient chaque jour enroulés plus étroitement. Lorsque le dernier fil est tombé, la sonde à demeure est enlevée ; mais une petite quantité d'urine passant par la plaie abdominale, elle est immédiatement replacée.

Le seizième jour après l'opération, la plaie abdominale est complètement cicatrisée. La sonde à demeure est définitivement supprimée.

Le vingt-unième jour la malade quitte la clinique Baudelocque complètement rétablie.

Réflexions. — Cette observation porte donc à 16 le nombre de cas publiés de salpingites à pédicule tordu. Cet accident a été observé une seule fois par Hartmann au cours d'une grossesse qui a suivi son cours normal après l'ablation des annexes

tordues. Mon cas est jusqu'à présent le seul où la torsion des annexes d'un côté soit venue compliquer la rupture d'une grossesse siégeant dans la trompe du côté opposé. La symptomatologie de la rupture tubaire a certainement dominé la scène; à elle seule, elle suffisait à rendre compte de tous les phénomènes observés, et rien n'autorisait à penser que les annexes droites étaient le siège d'accidents qui à eux seuls eussent pu revêtir une physionomie clinique identique. Sans doute j'avais été frappé, lors de mon second examen, par la sensibilité particulière, excessive, de la fosse iliaque droite, libre de toute tumeur, et de l'indolence relative de la tumeur gauche. Mais cette douleur *paradoxale* n'est pas exceptionnelle, et il me semblait plus rationnel de l'attribuer à l'extension de l'hémorrhagie vers la fosse iliaque droite. Toutefois, et j'insiste sur ce fait, c'est le souvenir de ce point si douloureux à droite qui me fit rechercher avec soin l'état des annexes droites. Il est possible que si je ne l'avais pas constaté, j'eusse fait une opération incomplète, me bornant, une fois la trompe gauche enlevée, à nettoyer soigneusement la cavité hémorrhagique bien close de toutes parts et à la drainer.

D'un autre côté, si l'on tient compte de ce fait que le jour où la malade fut apportée à Baudelocque pour la première fois, le 6 février, la douleur siégeait exclusivement à gauche, j'estime que la torsion des annexes droites n'existait pas encore. A mon sens, cet accident est contemporain de l'hémorrhagie qui se produisit le 10 février, après que la malade eut quitté la clinique et fut rentrée chez elle. En effet, il résulte de l'observation très bien prise par mon ami, M. Pissot, que la fréquence du pouls, qui atteignit 140, l'élévation thermique à 39°,5, les vomissements, la constipation opiniâtre, le ballonnement du ventre, se montrèrent avec une brusquerie que l'hémorrhagie péritonéale, en somme peu abondante (350 grammes de caillots), explique difficilement.

Au contraire, nous savons que la torsion des annexes enflammées peut dans certains cas revêtir la forme brusque et simuler soit l'appendicite aiguë, soit l'occlusion intestinale. Il est donc

probable que l'hydrosalpinx droit, jusque-là mobile, a tordu son pédicule en retombant en arrière sous la poussée des caillots.

La torsion s'est produite *en sens inverse des aiguilles d'une montre*. C'est l'exception à droite où, 4 fois sur 6 (Hartmann), la torsion s'est effectuée dans le sens même des aiguilles d'une montre.

Dans une observation de Hartmann, où la torsion s'est produite en sens inverse, il y avait coexistence de grossesse utérine. La torsion portait sur la trompe seule, et les tours, au nombre de deux, étaient peu serrés. Enfin la trompe présentait la lésion la plus fréquemment observée : l'hydrosalpinx.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 6 avril 1900.

M. Doléris. **Sur le traitement de la grossesse ectopique.** — Les points sur lesquels M. Doléris attire l'attention, au point de vue du pronostic de la grossesse tubaire, sont les suivants :

1° *Siège de l'œuf dans la trompe.* — Les grosses hémorrhagies capables de faire courir des risques immédiats sont dues le plus souvent à la rupture siégeant dans les parties moyenne et interne de la trompe. Dans ces cas la rupture de la paroi, quel que soit l'âge de la grossesse, coïncide avec l'inondation péritonéale. Les grandes hémorrhagies ne proviennent de grossesse siégeant dans l'ampoule ou dans le tiers externe de la trompe qu'autant que le développement de l'œuf vivant est arrivé au 4e ou au 5e mois. Les grossesses tubo-fimbriaires ou tubo-abdominales sont celles qui produisent les hémorrhagies les moins subites et les moins considérables, et qui, en même temps, peuvent arriver à un développement très avancé ou à terme.

2° *Siège de la tumeur tubo-fœtale.* — Les variétés tubo-fimbriaire et tubaire externe occupent le cul-de-sac de Douglas de très bonne heure. L'hémorrhagie se limite mieux, grâce aux adhérences précoces dues aux suintements sanguins qui se font jour par le pavillon.

Les autres variétés de grossesse tubaire occupent un siège élevé dans le bassin et sont plus aisément perçues dans le cul-de-sac pré-utérin. En cas de rupture la masse qui forme la tumeur occupe la zone hypogastrique ; l'hémorrhagie est profuse.

3° *L'évolution de l'œuf.* — Différente suivant qu'il se développe régulièrement et reste vivant ou suivant qu'il meurt, devient abortif et ne figure plus qu'un corps étranger siégeant dans la trompe.

Au point de vue thérapeutique, M. Doléris soutient la nécessité absolue de l'ablation de la trompe gravide. La voie vaginale ne peut réellement convenir qu'aux grossesses tubaires jeunes et de petit volume. L'indication en est confirmée et précisée par le siège pelvien, très déclive de la tumeur et par une mobilité relative de cette dernière.

Il en est de même dans les vieilles hématocèles tubo-pelviennes enkystées.

La voie abdominale est celle qui sera le plus généralement adoptée. Ses indications sont le siège abdominal de la tumeur, l'hémorrhagie cataclysmique, le volume considérable de la tumeur et son ancienneté.

Dans l'avortement tubaire, à forme hématosalpingitique, les deux voies sont également favorables.

De toutes façons il y a lieu d'intervenir dès que le diagnostic est seulement problable sans attendre le retour de la période menstruelle et le réflexe congestif qui en est la conséquence.

Kirmisson. **Méningocèle de la région occipitale extirpée et guérie chez une petite fille de six semaines.** — La tumeur, du volume d'une mandarine, siégeait au niveau de l'inion. Fluctuante, transparente, pédiculée, elle était partiellement réductible. L'intervention chirurgicale a consisté dans la dissection du sac et dans l'extirpation. Les parois du sac étaient très vasculaires, le liquide était clair comme de l'eau de roche ; au fond du sac et adhérant à son fond se trouve une masse mollasse ressemblant à des plexus choroïdes ; l'examen histologique a d'ailleurs démontré le fait. Il y avait, en outre, dans cette masse des cellules névrogliques. L'enfant a guéri et à l'heure actuelle, deux mois et demi après l'intervention, il n'y a chez elle aucune trace d'hydrocéphalie. Son état général est parfait. Le pronostic de la méningocèle après l'extirpation est, en effet, beaucoup plus favorable que celui du spina-bifida.

Baudron. **Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Guérison.** — (Voir plus haut la communication publiée in extenso.)

M. Pozzi. **Note sur quatre nouveaux cas de torsion de la trompe kystique.** — Obs. I. — Femme de 39 ans. Deux grossesses sans incident. Suites de couches physiologiques. Depuis deux ans et demi souffre d'une inflammation annexielle droite. De janvier à mars 1899, elle est prise de crises douloureuses dans la région sous-ombilicale et de phénomènes péritonéaux qui font penser à son médecin qu'il s'agit d'une appendicite. Le diagnostic posé par M. Pozzi fut celui de salpingite kystique prolabée dans le cul-de-sac de Douglas.

La laparotomie permet de constater l'existence d'une collection purulente droite à laquelle le cæcum est adhérent. Le pyosalpinx a son pédicule tordu (deux tours de spire serrés), son volume était celui d'une

mandarine. L'ovaire couleur feuille morte a un aspect nécrobiotique et est parsemé de petits kystes séreux et hématiques. Ces annexes sont extirpées ainsi que l'ovaire gauche scléreux et kystique. Guérison.

M. Pozzi fait remarquer les difficultés du diagnostic; il fait remonter le début de la torsion aux premières crises douloureuses qui ont précédé de deux mois l'intervention. Enfin le fait d'une poche suppurée d'origine tubaire unilatérale adhérente au cæcum sans qu'on puisse retrouver l'appendice s'expliquerait aisément par l'hypothèse d'une adhérence de l'appendice malade aux annexes droites ayant provoqué leur inflammation. L'appendice se serait secondairement mortifié.

Obs. II. — Femme de 37 ans ; trois grossesses, la dernière en 1887, accidents métritiques aigus en 1891. En 1894, phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche. Collection fluctuante qui est évacuée par laparotomie sous-péritonéale (deux verres de pus). Guérison au bout de 1 mois. Le 27 décembre 1899, phénomènes péritonéaux ; tumeur dans la fosse iliaque droite, t. 39°, pouls 128.

Laparotomie latérale le 1er janvier 1900. M. Pozzi trouva une tumeur du volume d'une orange, formée par un sac tubaire noirâtre portant, à la surface, des traces manifestes de mortification commençante, renfermant un liquide lie de vin et filant, mélange de pus et de sang. Le pédicule était tordu d'un tour de spire complet ; l'ovaire participait à la torsion. Extirpation des annexes droites.

Du 1er au 12 janvier, suites simples apyrétiques. Le 12, empâtement et douleur dans la fosse iliaque gauche ; élévation de la température.

Le 14 janvier, laparotomie latérale. Pyosalpinx gauche à pédicule tordu (1 tour de spire). L'ovaire participait à la torsion. Extirpation des annexes gauches. Guérison.

Le point le plus intéressant de cette observation est le fait d'une torsion bilatérale se produisant à quelques jours de distance.

Obs. III. — Femme de 33 ans; une grossesse à 26 ans ; accouchement difficile à 28 ans ; métrite. Dernières règles, 4 janvier 1900 ; depuis le 19, légères métrorrhagies et phénomènes douloureux dans le bas-ventre. Tumeur à gauche et en avant de l'utérus, qui est augmenté de volume. Diagnostic : kyste intra ou rétro-ligamentaire. Laparotomie le 2 avril : la tumeur est constituée par la trompe droite gravide, non rompue, renfermant un fœtus de trois à quatre mois, frais, non macéré. Cette tumeur était adhérente ; son pédicule est tordu d'un tour de spire en sens inverse de l'aiguille d'une montre. Extirpation de la tumeur. Hydrosalpinx du côté gauche, traité par la stomatoplastie.

M. Bouilly rapporte une observation montrant les difficultés du diagnostic clinique entre une appendicite et une torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

M. Pozzi. — Ce diagnostic clinique de torsion de salpingite ou de kyste peut être également très difficile avec une grossesse extra-utérine.

M. Doléris. — Dans la 3e obs. de M. Pozzi un point mérite d'être signalé : c'est que la torsion du pédicule n'a point enrayé le développement de l'œuf.

M. Pozzi. — Il y avait cependant torsion, mais non à la vérité strangulation.

M. Varnier insiste, d'après l'examen de la pièce et du fœtus de l'observation de M. Pozzi, sur ce fait, qu'à aucun degré la torsion constatée par M. Pozzi n'a troublé la marche de cette grossesse tubaire qui a été sans rupture et sans avortement plus loin qu'à l'ordinaire.

Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Hystéropexie. (*Suite de la discussion.*)

M. Richelot aborde la question du traitement des rétroversions qui sont par elles-mêmes toute la maladie. Ces utérus en rétroversion ne sont pas absolument sains. Ils ne sont pas atteints de métrite, mais sont congestionnés et scléreux ; ils appartiennent à des arthritiques nerveuses, ce sont là des utérus qu'il faut redresser chirurgicalement. Le pessaire, le massage, la ceinture abdominale sont en effet souvent insuffisants. Le pessaire n'est en tout cas qu'un pis aller. La méthode que préconise M. Richelot est le procédé de raccourcissement du ligament rond par inclusion pariétale tel que le pratique Doléris. Ce procédé a l'avantage d'agir par laparotomie, d'explorer les annexes et de leur appliquer s'il y a lieu une thérapeutique conservatrice (ignipuncture, résection partielle...). Enfin, en amarrant la portion interne des ligaments ronds à la plaie abdominale, on utilise le ligament utérin lui-même, on ne fixe pas l'utérus dans une situation vicieuse, ce qui a bien son importance au point de vue des grosesses ultérieures. M. Richelot a déjà pratiqué 13 fois cette opération.

M. Pozzi. — Les documents cliniques apportés par M. Richelot sont, à l'heure actuelle, trop récents et trop peu nombreux pour qu'on puisse juger le procédé chirurgical qu'il a employé. En tout cas, les rétroversions essentielles sont rares. Le massage, le redressement

momentané par un pessaire et, surtout, un traitement général judicieux sont les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre ; l'intervention chirurgicale ne saurait guérir ces femmes qui sont, au premier chef, des nerveuses, des arthritiques obèses.

M. Hartmann. — En réalité l'opération proposée par M. Richelot est une hystérectomie médiate, créant comme toutes les pexies une adhérence pathologique, une bride qui peut, comme après l'hystéropexie directe, devenir un agent d'étranglement. M. Hartmann préfère aux pexies le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

M. Segond insiste : 1° sur la très grande rareté de la rétrodéviation pure, entité morbide ; 2° sur les très bons résultats que donne le massage utérin dans ces cas. Si, exceptionnellement, on a à intervenir chirurgicalement, M. Segond préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, simple plicature qui n'a pas les inconvénients, pour l'avenir, d'une pexie.

M. Doléris. — Même dans les cas où, la rétroversion n'étant pas un phénomène pathologique isolé, on est intervenu chirurgicalement contre la métrite, les annexites, ou les lacérations périnéales qui l'accompagnent, pourquoi ne pas en même temps fixer l'utérus par une opération complémentaire ? M. Doléris se propose, d'autre part, de revenir sur la rétroversion entité pathologique, et sur son traitement. Pour l'instant il revient sur des particularités de son procédé d'inclusion pariétale des ligaments ronds après laparotomie. Une de ses opérées est actuellement enceinte de quatre mois ; sa grossesse évolue normalement.

M. Pozzi propose pour l'opération préconisée par M. Richelot le nom d'hystéropexie funiculo-abdominale.

M. Champetier de Ribes. — Au point de vue pathogénique la rétroversion, chez des femmes récemment accouchées, précède bien souvent les métrites et les salpingites.

M. Richelot ne croit pas que le syndrome rétroversion, utérus scléreux, congestionné chez des arthritiques nerveuses soit aussi rare que le pense M. Pozzi. M. Richelot est d'ailleurs, comme M. Segond, partisan du massage qui dans nombre de cas donne de bons résultats. Quant au procédé d'inclusion pariétale, M. Richelot ne le considère pas comme une hystéropexie, mais comme une fixation médiate par simple coudure du ligament rond sans formation de bride.

A. Couvelaire,
interne des hôpitaux.

REVUE ANALYTIQUE

Contribution à l'étude de l'importance de l'appendicite pour l'accoucheur et le gynécologue (Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynäkologen). Otto Falk. *Cent. f. Gyn.*, 1900, nº 7, p. 163:

L'auteur cite plusieurs faits qui mettent en relief les difficultés du diagnostic de l'appendicite associée à la grossesse ou aux affections gynécologiques.

Obs 1. — Elle concerne une femme âgée de 34 ans, qui, au commencement de mars 1897, était arrivée au sixième mois de sa septième grossesse. Jamais jusqu'alors elle n'avait été malade, jamais *elle n'avait eu de douleurs hépatiques ou intestinales*. 14 jours avant de consulter, elle avait brusquement, après avoir soulevé de terre un lourd fardeau, été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, et avait perdu connaissance; 3 jours durant elle s'était pour ainsi dire traînée souffrant toujours, les douleurs étant plus particulièrement localisées dans la région hypogastrique droite. Puis, de la fièvre, un frisson étant survenus, elle s'était alitée. *Garde-robes régulières*. Depuis 24 heures seulement, l'intestin n'aurait plus fonctionné, il n'y aurait plus eu émission de gaz par l'anus. Depuis ce moment aussi, tout l'abdomen serait devenu douloureux.

Etat au moment de l'examen. — Fébricitante, très affaiblie. T. 38°,6; P. 140, rapide, petit. Abdomen très ballonné, douloureux partout à la pression. — A gauche du nombril, entre ce dernier et le reberd costal, existe une tumeur sphérique, de consistance moyenne, donnant la sensation d'un siège fœtal, qui serait immédiatement situé sous la peau. La percussion, au-dessus du pli inguinal, donne une matité qui s'élève et se confond avec la matité hépatique. Sur la ligne médiane, la matité remonte à un travers de doigt au-dessus du nombril, mais elle s'étend aussi dans la région hypogastrique gauche. On ne perçoit de la sonorité qu'au niveau de l'épigastre et d'une zone large de 2 travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. A droite, dans le bas-ventre, au voisinage de la zone mate, impossibilité de produire une fluctuation nette.

Au *toucher vaginal*, on trouve la portion vaginale du col de l'utérus vers le centre de l'excavation : son tissu est un peu relâché, l'orifice externe, à ouverture transversale, admet seulement la pulpe de l'index. Les mouvements, en tous sens, imprimés à la partie vaginale du col sont très douloureux. Les culs-de-sac vaginaux ne sont pas proéminents. La pression au niveau du cul-

de-sac droit occasionne de vives douleurs. Pourtant on ne trouve pas de tumeur à ce niveau. A travers le cul-de-sac vaginal antérieur, on reconnaît nettement une petite main, tandis qu'à travers le postérieur, immédiatement contre la paroi vaginale, on perçoit un corps dur, sphérique, correspondant à une tête fœtale. Palpation bimanuelle impossible à cause de l'extrême sensibilité. A ce premier examen, il fut impossible de percevoir des mouvements ou les bruits du cœur de l'enfant — Le *diagnostic* de probabilité, partagé par plusieurs médecins, fut qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue. Seulement, certains détails ne cadraient pas avec ce diagnostic. (Pas de proéminence des culs-de-sac, pas de corps de l'utérus isolable.)

Mais un 2e *examen*, pratiqué sous la narcose, élucida le diagnostic. Il permit de reconnaître formellement que le fœtus vivait et était dans l'utérus. La matité occupait la région hypogastrique gauche. La matité droite correspondait à une collection liquide, placée au-dessous de la paroi abdominale : la fluctuation fut nettement obtenue.

Opération. — Incision large au niveau de la région iliaque droite. Il s'en échappa plus de 2 litres de liquide fétide. La cavité purulente s'élevait jusqu'au rein et descendait jusque dans le petit bassin. Du côté de la cavité abdominale, existait une paroi très mince de couleur grisâtre, recouverte de débris déchiquetés, paraissant formée d'anses intestinales agglutinées. Dans la poche faisait saillie un organe de 4 centimètres., friable, de l'épaisseur d'un crayon, et qui donnait l'impression de l'*appendice nécrosé;* il fut excisé après ligature. Contre-ouverture pour favoriser le drainage. Pansement (bande de gaze iodoformée dans la cavité de l'abcès).

Immédiatement après l'évacuation du pus, l'utérus, qui était entièrement déjeté à gauche, se redressa sur la ligne médiane.

Peu après l'opération, la fièvre tombait. Et, trois mois et demi après, la femme accouchait, *à terme*, d'un enfant bien portant. Les plaies étaient presque fermées, et il n'y avait plus eu le moindre trouble rappelant l'affection grave antérieure.

On a indiqué certains éléments de diagnostic différentiel. On a dit, par exemple (Fränkel), qu'en faisant placer la malade dans le décubitus latéral gauche, l'utérus tombait à gauche, tandis que le foyer appendiculaire, le plus souvent limité par des adhérences, ne bougeait pas, et que, par suite, il s'établissait une zone intermédiaire de sonorité ; mais ce moyen, comme les autres, peut, d'après l'auteur, rester en défaut, ainsi qu'il ressort du fait suivant qu'il a observé :

Obs. 2. — Il fut appelé en consultation, auprès d'une femme IIIpare, enceinte de cinq mois, qui depuis deux ans avait eu à plusieurs reprises des crises douloureuses dans la région hypogastrique droite. Actuellement, elle avait, deux jours auparavant, après avoir mangé de bon appétit des aliments

assez indigestes, ressenti les mêmes douleurs : bientôt étaient survenus des vomissements et il n'y avait plus eu émission de gaz par l'anus. Pas de garde-robe malgré des lavements et des laxatifs. Fièvre légère, pouls modérément fort. L'abdomen était très ballonné et douloureux à la pression, surtout à droite, dans la région hypogastrique. A ce même niveau, résistance notable et fluctuation probable. La malade étant placée sur le côté, l'utérus dont le fond atteignait l'ombilic s'inclina à gauche, et il se forma une zone sonore entre la matrice et la tumeur droite. A l'examen vaginal, rien d'anormal. L'auteur fit ce *diagnostic : abcès périthyphlique encapsulé*, diagnostic qui fut accepté par le chirurgien Riedel qui opéra la malade. — *Opération :* Le péritoine incisé, il s'écoula un peu de liquide séro-sanguinolent, et on trouva une tumeur rénitente, à coloration brun rougeâtre, constituée par l'*ovaire droit atteint de dégénérescence kystique*, infiltré de foyers hémorrhagiques, mesurant jusqu'à 10 centim. de diamètre, et faiblement adhérent à la paroi abdominale. Son pédicule, très étiré, était tordu de 360°. — *Guérison.*

Voici maintenant une observation qui, selon l'auteur, prouve l'impossibilité de reconnaître, dans tous les cas, une participation de l'appendice aux affections annexielles.

Obs. 3. — Femme de 28 ans, accouchée deux années auparavant, à terme. Depuis, elle avait été menstruée régulièrement, sauf depuis huit semaines. Deux semaines avant son admission à la clinique, une hémorrhagie serait survenue et il y aurait eu expulsion d'une *peau*. L'hémorrhagie ne s'arrêta pas. La malade était très anémique. D'ailleurs, température toujours normale, fonctions intestinales régulières. Utérus mou, augmenté de volume. A sa droite, en continuité avec l'angle tubaire droit, tumeur rénitente, un peu sensible à la presssion, cylindrique, grosse comme une tête d'adulte. Comme après deux semaines d'observation, l'hémorrhagie continuait ; que, de plus, la tumeur située dans la moitié droite du bassin paraissait plutôt augmenter — on posa le diagnostic probable de *grossesse extra-utérine*, et la laparotomie fut faite. Elle permit de constater qu'il s'agissait en réalité d'un *pyosalpinx intimement adhérent à un appendice épaissi par infiltration inflammatoire de ses parois*. L'appendice altéré, friable fut enlevé. — Il est à noter que *jamais la femme n'aurait eu de troubles intestinaux*, ni d'élévations thermiques.

Dans ce dernier fait, cette proposition, que dans son travail sur les maladies de la trompe formule A. Martin, qu'il a pu régulièrement utiliser comme élément du diagnostic différentiel les troubles des fonctions intestinales caractéristiques pour la typhlite, ne s'est pas vérifiée. Il n'y avait pas eu de troubles intestinaux, et pourtant l'appen-

dice présentait des altérations phlegmasiques accusées. D'ailleurs, il ne parait pas que cette coexistence des affections annexielles droites et de l'appendicite soit fréquente (1). Sur un total de 171 opérations de salpingites droites et de 276 de salpingites bilatérales, Martin n'a trouvé que 6 fois une adhérence, une connexion semblable de l'appendice avec la tumeur tubaire, à cause de laquelle il a enlevé l'appendice, tandis que dans 7 autres cas il réussit à le libérer.

Au dernier Congrès de chirurgie, Dührssen a communiqué que sur un ensemble de 322 laparotomies, il avait trouvé 10 fois l'appendice malade, et Ochsner mentionne dans le *J. of the Am. med. Assoc.*, juillet 1899, que sur 51 cas d'appendicite primitive chez les femmes, qu'il a opérées, il a observé 15 fois des affections secondaires des annexes. Dans 13 autres cas, les altérations appendiculaires et annexielles étaient si profondes qu'il fut impossible de préciser le point de départ et de les différencier. Entre autres remarques, l'auteur retient qu'il importe à l'accoucheur et au gynécologue, non seulement de bien connaître les maladies de l'appendice vermiforme, mais encore de bien posséder la technique opératoire qu'exige le traitement d'une appendicite ou d'une périty phlite. R. L.

Inversion utérine complète, trente-six heures après l'accouchement. *Revue méd. de Louvain*, octobre 1899. Dr De Koninck (de Louvain).

Obs. — X..., primipare, accouchée à terme, au forceps. Accouchée le matin, elle est prise l'après-midi d'une hémorrhagie, difficile à maîtriser, et rapportée à l'état atonique marqué de l'utérus. Le lendemain, à l'occasion d'un effort pour la première miction, l'accouchée ressent une douleur atroce et perd un flot de sang. Quand le Dr de Koninck arrive, l'hémorrhagie est arrêtée, mais « la malade est exsangue, presque sans pouls, et il lui sort des organes une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, très sensible au toucher, et recouverte de débris de membrane ». Le diagnostic d'inversion de l'utérus s'impose et, malgré le temps écoulé depuis la production de l'inversion, l'auteur procède à la réduction en s'appliquant à *faire rentrer les premières les portions de l'utérus invaginées les dernières*, méthode qui réussit, d'ailleurs, parfaitement. Au début de son intervention, ayant cru devoir faire, à cause de

---

La dernière observation de l'auteur peut être rapprochée de celle publiée par Hartmann dans le n° de février de ce journal, p. 119. R. L.

la dureté, de la tension de la tumeur, une sorte de massage de l'utérus, il remarqua que chaque pression provoquait un jet d'urine et une diminution de la masse inversée. En réalité, le réservoir urinaire était dans la dépression utérine, fondale.

La matrice réduite, l'hémorrhagie se renouvela et exigea l'introduction de la main daus l'utérus, des injections chaudes et l'emploi de l'ergotine. *Suites de couches bonnes;* involution utérine régulière.

L'auteur invoque comme moments étiologiques de cette complication: *a*) l'atonie utérine, *b*) les efforts pour la miction, effort ayant, pense-t-il, enfoncé le sac urinaire distendu dans le sac utérin. R. L.

44 cas d'accouchement prématuré artificiel; leurs résultats (42 Fälle künstlischen Frühgeburt und deren Enderfolge). L. Skorscheban. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, Hft 1, p. 323.

Les éléments de ce travail ont été rassemblés à la clinique du professeur Schauta, dans un intervalle de 8 années et demie, du 1er janvier 1892 au 1er juillet 1899. Les indications ont été : A) des sténoses pelviennes, B) des maladies de la mère, soit que dans ce dernier cas on ait envisagé surtout les intérêts de celle-ci ou bien ceux de l'enfant.

A. Les accouchements prématurés pour rétrécissements du bassin se répartissent comme suit d'après la variété de la sténose : *a*) bassin plat, simple, 4 fois; *b*) bassin rachitique, généralement rétréci, 6 fois; *c*) bassin en entonnoir, 1 fois; *en tout :* 11 cas.

Pour le premier groupe, le diamètre conjugé vrai fut de 7,5 à 8,6 cent.; pour le second, de 7,9 à 9 centim. La grossesse fut, dans le cas de déformations pelviennes, interrompues de la trente-quatrième à la trente-huitième semaine, et il s'agissait dans le premier groupe de deux IIpare, d'une IIIpare et d'une IVpare. Dans le deuxième groupe. de deux Ipares, de deux IIpares, d'une IVpare et d'une VIIpare; dans le troisième groupe (bassin en entonnoir) d'une Ipare.

Les résultats fournis par l'accouchement prématuré sous le rapport de la conservation des enfants en comparaison des accouchements antérieurs sont présentés ainsi :

a) *Bassins plats, rachitiques simples :*

ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENT ACTUEL
—	—
Obs. 1. — 1 accouchement antérieur, crâniotomie.	Enfant vivant, mort trois heures après la naissance.

Obs. 2. — 3 accouchements antérieurs : dans 2, version : 1 enfant mort, 1 mort peu après l'accouchement. 1 accouchement spontané, enfant mort.	Enfant vivant. Sorti vivant de l'hôpital ; on ignore ce qu'il est devenu ensuite.
Obs. 3. — 2 accouchements antérieurs : crâniotomie, au 2e accouchement : forceps, enfant vivant.	Enfant vivant, mort après quarante-huit heures.
Obs. 4. — 1 accouchement antérieur ; version, extraction, enfant vivant.	Enfant mort.

b) *Bassins rachitiques généralement rétrécis :*

Obs. 5. — 1 accouchement antérieur ; crâniotomie.	Enfant vivant, mort vingt-quatre heures post-partum.
Obs. 6. — 6 accouchements antérieurs : 1er et 3e accouchements spontanés. Pas de renseignements sur l'enfant. 2e accouchement : forceps, pas de renseignements sur l'enfant. 4e accouchement. Crâniotomie. 5e accouchement spontané après cinquante-deux heures ; 6e grossesse. Avortement.	Enfant vivant, mort douze jours post-partum.
Obs. 7. — 3 accouchements antérieurs ; 1er accouchement spontané ; enfant vivant. 2e et 3e accouchements : perforation.	Enfant vivant, mort une demi-heure post-partum.
Obs. 8 et 9. — Ipare.	Obs. 8. — Jumeaux : 1 mort, après 5 semaines ; le deuxième vingt-quatre heures post-partum. Obs. 9. — Enfant vivant, mort un quart d'heure post-partum.
Obs. 10. — 1 accouchement antérieur : forceps, enfant vivant.	Enfant vivant, mort peu après l'accouchement.

c) *Bassin en entonnoir :*

Obs. 11. — Ipare.	Enfant vivant, mort onze mois après l'accouchement.

Au résumé, l'accouchement provoqué artificiel chez 11 femmes a été suivi de la naissance de 12 enfants (jumeaux dans un cas).

De ces 12 enfants, 11 sont venus au monde vivants	11,	soit 91,7	p. 100
— — 1 est venu mort.....	1	8,3	—
sont sortis vivants de l'hôpital.....	4	36,3	—
sont morts à l'hôpital.....	7	63,7	—

Des 4 enfants sortis vivants : un mourut après 12 jours, un second après 5 semaines, un 3e 11 mois après. Du 4e, pas de nouvelles.

Des 12 enfants 9 vinrent en présentation du sommet	9,	soit 75 p. 100	
en présentation du siège 1.....	1	8,3	—
— des pieds I.....	1	8,3	—
en présentation du siège décompléte.....	1	8,3	—
Sur les 9 venus par la tête, 8 vivaient en venant au monde.....	8	88,8	—
De ces 8, 3 sortirent vivants de l'hôpital.....	3	37,5	—

L'un mourut après 5 semaines, les autres, 11 mois après ; Le 3e fut perdu de vue. Les 5 autres moururent à l'hôpital, peu après leur naissance.

Des enfants venus la tête dernière, tous les 3 étaient vivants à la naissance. De ces 3, un seul sortit vivant qui, d'ailleurs, mourut 12 jours après sa sortie.

Il est naturel d'attribuer en général à l'interruption prématurée de la grossesse, à cause de la débilité congénitale des enfants non à terme, les décès qui surviennent dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Il convient même d'admettre un délai de 3 mois passé lequel, par exemple, il y aurait exagération à mettre sur le compte de l'intervention les décès observés. Cela admis on constate que des 4 enfants sortis vivants 1 est mort après 12 jours, et 1 second après 5 semaines, donc ces 2 morts au passif de l'opération. Un 3e ne mourut qu'après 11 mois, l'opération n'est pas à incriminer. Du 4e plus de nouvelles.

Au total, exception faite de ce dernier, *tous les autres enfants sont morts avant la fin de la première année.*

Constatation peu encourageante et cadrant peu avec les résultats satisfaisants consignés dans d'autres statistiques.

Dans le but de découvrir les raisons de ces résultats déplorables, l'auteur envisage les circonstances diverses susceptibles d'être incriminées : 1) Choix défectueux de la date de l'interruption de la grossesse au double point de vue de la vitalité du fœtus et des proportions réciproques de la tête fœtale et du bassin ; 2) Méthode adoptée pour la provocation de l'accouchement ; 3) Soins insuffisants pour ces fœtus avant terme, surtout dans les premiers jours de la vie ; or, il ressort de l'analyse critique qu'il a faite, qu'on peut écarter absolument les deux premières circonstances, tandis qu'au contraire la 3e a dû jouer un rôle important dans la mortalité. Indépendamment, en effet, de l'insuffisance des soins maternels, les mères étant, dans tous les cas dont

il a été question, des filles ; il constate que la clinique était entièrement dépourvue de couveuses et il ajoute qu'il ne faut pas s'étonner, si malgré les avantages réels de l'accouchement prématuré artificiel, mais à cause de l'absence du matériel indispensable pour les soins nécessaires aux fœtus avant terme, on montre, à la clinique de Schauta, peu d'enthousiasme pour l'accouchement prématuré et si on incline à étendre les limites de la césarienne.

*
* *

Interruption artificielle de la grossesse pour des maladies de la mère :

I. — L'indication principale étant fournie par la mère.....		27 fois
II. — L'indication principale étant fournie par la vie de l'enfant.		6 —
1er GROUPE :	*a*) Pour ostéomalacie.....	3 fois
	b) — affections cardiaques.....	14 —
	c) — néphrites.....	7 —
	d) — vomissements gravidiques 1, hémorrhagies au cours de la grossesse 1, polynévrite 1 = ...	3 —
2e GROUPE :	*a*) Pour tuberculose..... ..	5 —
	b) — abcès périthyphlique.....	1 —
	Total.....	33 fois

Suites de couches : dans 3 cas, fièvre légère qui dura de deux à trois jours et fit place à la température normale ; dans 2 cas, mouvements fébriles qui se prolongèrent longtemps ; dans 2 autres cas, fièvre vive et *mort* : l'un des décès est au passif de l'intervention (péritonite septique) ; l'autre fut la conséquence d'une péritonite par perforation de l'appendice vermiforme. Ainsi, sur 33 cas 2 décès, soit 6 p. 100, et en éliminant le décès indépendant de l'intervention, 3 p. 100.

Ces 33 accouchements donnèrent 34 enfants (jumeaux, 2) :

De ces 34 enfants, 27 vinrent au monde vivants....	79, 4 p. 100
— — 7 — morts.....	20, 6 —
Des 27 premiers enfants, 11 moururent à la clinique.	40, 7 —
— — 16 quittèrent la clinique vivants.....	59, 3 —

*
* *

Il est évident que les résultats obtenus à la clinique de Schauta par l'accouchement prématuré artificiel, sous le rapport de la mortalité infantile, sont désastreux et que s'ils étaient partout aussi mauvais, le débat qui se continue encore sur les avantages réciproques de cette opération obstétricale, de la symphyséotomie et de la césarienne, serait vite clos. Mais il faut reconnaître que les sérieux perfectionne-

ments réalisés dans l'élevage des prématurés et des débiles (couveuses, gavages, lait stérilisé) ont permis de dresser des statistiques moins funèbres. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

État actuel de l'opothérapie ovarienne ; étude expérimentale et clinique. Dr P. Mossé. Baillière et fils, 1899.

Il y a deux parties dans ce travail, l'une scientifique, l'autre clinique. Dans la première, l'auteur reprend la question intéressante de la sécrétion interne de l'ovaire et note ce point moins connu que, d'après certains auteurs, cette sécrétion résiderait dans les corps jaunes, organes dont la structure serait celle d'une glande (Prenant, Sobotta, Belloy, etc.). Il trace ensuite l'historique des greffes de l'ovaire, historique qui a déjà été fait dans ce journal. Puis, il étudie l'influence de l'ovariotomie et de l'injection d'ovaires sur quelques éléments de la sécrétion urinaire et donne les résultats d'un certain nombre d'expériences sur l'animal. Or, ces résultats seraient en désaccord avec ceux consignés par Curatulo et Tarulli dans l'important mémoire de ces auteurs que nous avons analysé dans ce journal. Contrairement, en effet, à ce qu'ils annonçaient, la castration bilatérale serait suivie, chez la chienne, d'une augmentation sensible de l'acide phosphorique urinaire, et, d'autre part, l'ingestion d'ovaires crus tendrait à réduire le taux de cet élément urinaire. Il en résulterait que l'explication donnée par les savants italiens de la guérison de l'ostéomalacie, à la suite de l'ovariotomie double, par la diminution dans l'élimination des phosphates, serait erronée. La question demande de nouvelles recherches.

Sur le point spécial de l'étiologie de l'ostéomalacie, une légère rectification. « Curatulo et Tarulli, écrit M. Mossé, ont cru pouvoir soutenir que l'ostéomalacie n'était autre chose que le résultat d'une surproduction de la sécrétion interne de l'ovaire. » Or, dans l'analyse à laquelle nous avons déjà fait allusion, voici ce que nous avions noté : « au cours de cet important travail, les auteurs se défendent, à plusieurs reprises, d'avoir eu la pensée qu'on leur a attribuée, pour les avoir mal compris, d'avoir trouvé la cause première de l'ostéomalacie. Au contraire, son caractère d'endémicité les incline plutôt à penser qu'il s'agit d'une maladie de nature microbienne, hypothèse déjà bien accueillie par plusieurs savants (Zürw, Winckel, Kehrer, Baumann, etc.). Ce qu'ils pensent sur-

tout avoir mis en évidence, c'est l'influence des ovaires sur les oxydations organiques, et le mécanisme des guérisons souvent définitives du ramollissement osseux par la castration, et des guérisons temporaires par le chloroforme, etc.

Dans la seconde partie de son travail, M. Mossé étudie l'ovariothérapie qu'il divise en : *a*) *directe* (ménopause, aménorrhée, dysménorrhée); *b*) *indirecte* (chlorose, basedowisme génital) ; *c*) *empirique* (ostéomalacie).

Après avoir indiqué avec soin la série des préparations de substance ovarique que l'on peut employer, il entre dans la description détaillée des faits cliniques, dont plusieurs observations personnelles intéressantes, qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Opothérapie *directe*. La médication ovarienne donne les meilleurs résultats dans le traitement des troubles fréquemment observés soit à l'époque de la ménopause physiologique, soit après la castration ovarienne.

L'efficacité thérapeutique semble avoir son maximum dans la période prémonitoire et au début de la période de la ménopause physiologique ; mais elle peut faire sentir encore ses effets sédatifs longtemps après la disparition des règles.

Cette médication peut aussi donner de bons résultats dans certains cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée idiopathique, c'est-à-dire ne dépendant pas d'une lésion génitale définie.

L'écoulement menstruel, prématurément tari, peut reparaître sous l'influence de l'opothérapie ovarienne. Il est plus rare de voir s'établir, sous la même influence, la menstruation chez les jeunes filles offrant les attributs de la puberté, mais non encore réglées.

Opothérapie *indirecte*. La conclusion raisonnée de l'auteur c'est que, contre la chlorose, les préparations ovariques sont très inférieures aux préparations martiales ; que, par contre, elle paraît avoir donné des résultats encourageants dans des cas de basedowisme génital. Enfin, l'opothérapie empirique, c'est-à-dire l'ovariothérapie dirigée contre l'ostéomalacie, serait absolument inefficace, au même titre d'ailleurs que la castration bilatérale !

Au résumé, le travail de M. P. Mossé est fort intéressant. Indépendamment des recherches et des observations personnelles qu'il contient, il touche à des questions encore d'actualité et dont bien des points restent obscurs : sécrétion interne de l'ovaire, sa nature, son influence sur les métamorphoses dans l'organisme, greffes ovariques, ovariothérapie, ostéomalacie, action de la castration bilatérale sur les

échanges organiques et sur le ramollissement osseux dont on croyait avoir trouvé la cure chirurgicale, sinon constante, du moins habituelle.

R. LABUSQUIÈRE.

Études de gynécologie opératoire, par PHOCAS. Maloine, éditeur, Paris, 1899.

Si la mortalité opératoire est à l'heure actuelle, grâce à nos procédés d'asepsie, à peu près totalement enrayée, il reste encore beaucoup à faire pour mener à la guérison complète les opérées. Les accidents post-opératoires ont été soigneusement consignés. Enfin, certaines particularités de technique opératoire, concernant l'hystérectomie abdominale, ont été spécialement étudiées.

Ce travail est une contribution à l'étude de certaines questions de gynécologie à l'ordre du jour.

Kyste de l'ouraque (A case of cyst of the urachus with notes on urachal and to-called « allantoic cysts », par ALBAN DORAN. Travail illustré de plusieurs figures et planches, extrait des *Medico-chirurgical transactions*, t. LXXXI.

Traité théorique et pratique d'électricité médicale, par M. F. LUCAS et le Dr A. LUCAS. Béranger, éditeur, Paris, 1899.

Cet ouvrage est divisé en trois parties, auxquelles s'adaptent les compétences spéciales des deux auteurs. La première partie, *Précis d'Électricité*, a pour objet de mettre le lecteur au courant de la science électrique. La seconde partie, *Appareils et instruments électro-médicaux*, écrite en collaboration par les deux auteurs, est consacrée à l'étude théorique et pratique du matériel destiné à l'électrothérapie. La troisième partie, *Applications thérapeutiques*, est l'œuvre du Dr André Lucas; il y a rassemblé les nombreux matériaux de l'édifice électrothérapique actuel.

VARIÉTÉS

XIIIe Congrès international de Médecine.

Pendant la durée du Congrès international de Médecine (du 2 au 9 août), les membres du Congrès auront droit à l'*entrée gratuite* à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

DU KRAUROSIS DE LA VULVE

(De la rétraction des organes génitaux externes de la femme) (*).

Par le Dr G. I. Himmelfarb,
Médecin en chef du Service gynécologique de l'Hôpital municipal d'Odessa.

Le kraurosis de la vulve appartient aux affections excessivement rares des organes génitaux de la femme. Dans la littérature française, autant que je suis informé, un seul cas de cette maladie a été jusqu'à présent décrit. Dans le service gynécologique de l'Hôpital municipal d'Odessa, dirigé par moi, s'est présenté cette année un cas de cette maladie rare, qui a pu être examiné très soigneusement.

Sous la dénomination « kraurosis de la vulve », Breisky, déjà en 1885, le premier a signalé, se basant sur les 12 cas examinés par lui, une rétraction spéciale atrophique des organes génitaux externes de la femme. Cette rétraction se développe au vestibule du vagin, aux nymphes avec le frein et le prépuce du clitoris, à la surface interne des grandes lèvres et à la peau voisine du périnée. Les parties indiquées ne sont pas toutes à la fois affectées : tantôt c'est un endroit, tantôt ce sont des endroits isolés qui sont pris. Dans les cas bien marqués les organes génitaux externes se présentent dans l'état suivant : absence presque complète des petites lèvres ; entre le pubis et le méat de l'urèthre un repli transversal au travers du clitoris ; le gland de ce dernier ou disparaît tout à fait caché sous la

(*) Lu avec présentation de la malade et des préparations microscopiques dans la Société des médecins de l'Hôpital municipal d'Odessa.

peau rétractée, ou reste derrière le petit orifice rond des téguments.

Comme conséquence du processus étendu de la rétraction, se manifeste un rétrécissement marqué des organes génitaux externes, ce qui, avec la non-condescendance simultanée des tissus, amène une rupture facile des derniers. Breisky observait des ruptures étendues pendant les couches, chez les multipares même, ainsi que la formation de fissures pendant le coït.

Les endroits les plus froncés de la peau se présentent blanchâtres et desséchés, enduits parfois d'un épiderme épais et un peu rude ; les endroits voisins sont brillants, secs, d'une couleur gris rosâtre.

Dans l'un des cas de Breisky, Fischel a pratiqué un examen histologique qui donna les résultats suivants : la couche papillaire se présentait comme cicatrisée ; le tissu conjonctif de cette couche, par places sclérosé, presque homogène, présentait seulement, par ci, par là, des stries parallèles, tandis qu'à l'état normal il est onduleux et filamenteux. Les papilles, de dimensions variables en général, sont peu développées. Le réseau de Malpighi en certains cas est remarquablement bas. On ne voit pas de glandes sébacées ; on constate un reste de glandes sudoripares. Au niveau de quelques papilles, mais surtout dans les couches inférieures du chorion, existe une infiltration de petites cellules embryonnaires.

Quant à l'étiologie, il faut remarquer que dans tous les cas de Breisky elle est restée obscure. L'invasion de la maladie était lente et insidieuse; elle n'était précédée ni par de l'eczéma, ni par aucune éruption ; la syphilis n'était jamais notée. Dans les antécédents, il n'y avait ni lésions graves pendant les couches, ni inflammations puerpérales. Dans tous les cas, pas de sucre dans les urines. Et comme l'affection décrite ne correspond ni à l'état qu'on observe comme conséquence du prurit de la vulve, ni à l'atrophie sénile de la peau, ni à la xérodermie, ni à la leucodermie, Breisky se décida à nommer cet état morbide « kraurosis de la vulve » (rétraction des organes génitaux

externes), nom qui correspond exactement au tableau anatomique de la maladie (*).

Comme suite des cas relatés par Breisky, parut en 1886 un travail de Fleischmann, qui a publié à la même Clinique de Prague de Breisky, 8 cas ultérieurs ; 4 malades présentaient tous les signes de l'atrophie de la peau, décrits par Breisky ; chez les 4 autres malades les signes de l'atrophie étaient peu marqués et seulement sur des endroits isolés.

Six cas ultérieurs bien marqués de kraurosis de la vulve furent décrits en 1888 par Janowsky. Dans l'étiologie de cette affection, on peut attacher une certaine importance dans quelques cas à l'arrêt congénital du développement ; dans d'autres cas, les affections blennorrhagiques durables, ou des processus inflammatoires profonds semblent jouer un rôle.

A ces 26 cas Orthmann, dans un travail paru en 1890, ajouta la description de 3 cas nouveaux de la Clinique de Martin. Ce travail mérite une attention spéciale grâce aux quelques données nouvelles, qui peuvent servir à l'explication de cette maladie si obscure sous tous les rapports. En opposition aux cas déjà décrits où la maladie était observée comme trouvaille accidentelle chez les femmes enceintes, les malades de cet auteur devaient au contraire chercher secours à cause des manifestations pénibles occasionnées par la maladie même. Tandis que Breisky, Fleischman et Janowsky, voyaient l'importance pratique de la maladie dans les dérangements qu'elle cause pendant les couches, Orthmann note que le kraurosis de la vulve peut,

(*) Il faut noter que Lawson-Tait, déjà en 1875, signalait sous le nom de « vascular degeneration of the nymphal, with atrophy of the mucous membran » l'état morbide qui, sous tous les rapports, correspond à la relation de Breisky (*Diseases of women*, II ed. Birmingham, 1885, p. 25). Tait, se basant sur l'examen histologique pratiqué dans l'un des cas, conclut que toute la maladie consiste en une atrophie progressive de la muqueuse, et qu'avant tout ce sont les vaisseaux et les nerfs qui sont affectés. Tait lui-même voit dans les observations de Breisky la confirmation de ses observations personnelles. (*Diseases of women and abdomin. surgery*, vol. I, 1889, p. 53.) Tait mentionne même que quelques indications sur cette affection se trouvent chez Simpson et chez d'autres auteurs.

indépendamment des couches, causer des symptômes excessivement pénibles et désagréables, en même temps que des douleurs atroces. Les malades se plaignent d'un prurit très intense et d'une sensation de brûlure dans les organes génitaux externes, surtout pendant la miction. L'examen microscopique de la peau affectée, pratiqué dans les 3 cas, montra que le stade atrophique était précédé d'un stade hypertrophique, dans lequel le stratum cornéen et le réseau de Malpighi sont épaissis, et que dans la substance du chorion se présente l'infiltration de cellules embryonnaires. L'examen bactériologique soigneux donna un résultat négatif.

Comme toute sorte de traitement échouait, Martin décida d'exciser tout le tissu affecté par le kraurosis et de coapter les surfaces cruentées par une suture continue à plusieurs étages au catgut. Le résultat de l'opération fut tout à fait favorable.

Le nombre de cas de kraurosis de la vulve publiés jusqu'à présent n'est pas grand. En dehors des 31 cas que nous venons de noter (Breisky, Fleischmann, Janowsky et Orthmann), j'ai trouvé encore dans la littérature les cas suivants : Hallowel (2), Frederick (1), Bartels (1), Hatchette (3), Reed (6), Rona (1), Elischer (3), Martin (3), Seeligmann (1), Longyear (1), Pfannenstiel (2), Peter (1), Gördes (1), Neumann (1), Czempin (2), Pichevin et Pettit (1), Veit (1), Mac Gillavry (1), Mars (1), Gebhard (1), Brosin (1), Dubrowalsky (1), Baldy (1), et Heller (1). Il faut cependant ajouter que parmi les 68 cas tout à l'heure relatés se rencontrent des cas, dont il y a seulement en passant une mention dans des débats ou des démonstrations de préparations microscopiques sans description détaillée des cas mêmes (Czempin, Veit, Mac Gillavry, Gebhard, Brosin), ainsi que des cas douteux (Frederick), qui n'appartiennent probablement pas au kraurosis de la vulve, quoiqu'ils soient décrits sous ce nom.

De tous ces cas relatés nous ne retiendrons que ceux qui présentent un intérêt quelconque par des données qui peuvent servir à l'explication de la maladie.

Aux 5 cas communiqués par Orthmann de la Clinique de

Martin, ce dernier en 1894 en ajouta encore 3 autres, examinés très soigneusement sous tous les rapports. Martin insiste sur ce fait que dans le kraurosis de la vulve il faut voir « un procédé originel de la rétraction de tous les tissus, qui forment les organes génitaux externes ». La maladie se développe par un stade inflammatoire, dont on peut encore trouver les vestiges dans des cas isolés. Parmi les symptômes le prurit s'accuse moins que la douleur de tension et de rétraction causée par l'étroitesse du vagin. Quoique dans quelques cas isolés le traitement médical ait donné un soulagement appréciable, la guérison radicale ne s'obtient que par l'intervention opératoire proposée et exécutée par Martin (déjà en 1887). Sur 8 cas de cet auteur, dans 6 la guérison fut obtenue par l'intervention opératoire.

En 1896, Peter communiqua le neuvième cas de la Clinique de Martin, excessivement intéressant en ce sens que l'examen histologique put être fait dans le stade précoce de la maladie. L'auteur trouva les données suivantes : « Le stratum cornéen est modérément augmenté et absolement infiltré de leucocytes et de masses hyalines. Le réseau de Malpighi est par points un peu aplati ; toutefois, cet aplatissement paraît moins tenir à une atrophie réelle qu'à une sorte de refoulement de cette portion de la peau contre le stratum cornéen. La couche granuleuse (stratum granulosum), par suite d'une kératinisation exagérée, est réduite à une ou deux couches de cellules souvent interrompues. Les cellules cylindriques et épineuses sont fortement gonflées, et même, dans leur couche la plus superficielle, dissociées. Entre les cellules s'est produite une migration abondante de leucocytes. L'épiderme est écarté du derme sur de grandes distances, par un exsudat qui renferme des leucocytes, des caillots fibrineux, des masses pigmentaires amorphes. — Les couches supérieures du derme sont fortement gonflées, œdémateuses; le tissu infiltré est parsemé de leucocytes et de caillots fibrineux ; les fibres connectives ont perdu leur structure ; dans les couches profondes de la peau existe une inflammation, caractérisée par une infiltration de petites cellules. Les follicules pileux, les vaisseaux, les glandes

sébacées et sudorales sont bien conservés; aucune altération de leur structure normale. Le tissu élastique seulement est atrophié. Sur certaines préparations le tissu élastique paraissait avoir été conservé jusqu'à la hauteur de la couche dermique, siège de l'infiltration embryonnaire; son développement est normal; mais, dans le tissu connectif œdémateux imbibé situé au-dessus, ce tissu élastique avait totalement disparu. — Abstraction faite de cette déchéance du tissu élastique, il n'y avait pas, dans ce cas qui correspondait à une phase assez précoce du kraurosis, apparence d'atrophie. »

Donc, le kraurosis de la vulve à sa période initiale correspond à « une hyperplasie inflammatoire chronique du tissu connectif avec tendance à la rétraction, œdème des couches supérieures du derme et de l'épiderme, et dégénérescence du tissu élastique ».

Dans la même année Gördes a publié un cas bien net de kraurosis de la vulve, du périnée et de l'anus, guéri par l'opération. L'examen microscopique montra les deux stades de la maladie : *stadium hypertrophicum* (l'épaississement du stratum cornéen et les phénomènes de l'irritation inflammatoire dans le derme), et *stadium atrophicum* (la rétraction prononcée du stratum cornéen et du réseau de Malpighi, avec absence des papilles; la substance du derme est sclérosée avec perte complète du tissu élastique).

En 1897, parut un travail original de Pichevin et de Pettit, le premier et le seul jusqu'à présent en France sur le kraurosis de la vulve basé sur un cas personnel, où l'examen histologique soigneux montrait les phénomènes caractéristiques pour les deux stades de la maladie.

En 1898, Mars publia un travail, dans lequel il a en détail décrit très exactement un cas de kraurosis de la vulve, qui présentait quelques particularités intéressantes. La particularité du cas consistait, entre autres, en ce qu'à côté des modifications caractéristiques du kraurosis des organes génitaux externes, se présentaient les mêmes modifications sur l'étendue de trois centim. sur la paroi inférieure du vagin qui débordait la fente

génitale. (La même propagation des modifications kraurotiques hors des limites des organes génitaux externes fut observée aussi par Gördes et Pfannenstiel; mais, dans leurs cas, il s'agissait de modifications de la peau autour de l'anus ; Martin, dans un de ces cas, constatait un nodule sur la paroi inférieure du vagin, mais il l'observait comme récidive après l'opération.) — L'examen microscopique très soigneux montra que le cas de cet auteur doit être rattaché au premier stade de la maladie ou, du moins, au moment du passage au deuxième stade. — Encore une particularité de ce cas consistait en ce que, dans le derme, on trouva le tableau de la néoformation des muscles lisses (leiomyoma fibrosum), qui n'était, probablement, qu'une simple coïncidence. Mentionnons, enfin, encore le travail de Neller, paru seulement à la fin de 1899. Ce travail *in extenso* n'est pas encore publié; il est seulement dans une communication abrégée. Se basant sur l'examen très soigneux, histologique, avec l'emploi des nouveaux procédés de coloration, Neller en arrive à conclure que le kraurosis de la vulve n'est qu'un processus inflammatoire chronique de la peau des organes génitaux externes, provoqué par des irritations variables, peut-être de nature chimique, et ne dépendant pas d'une affection apparente des nerfs. Ce processus conduit à la disparition, dans les couches profondes des muscles, d'une substance collagène du tissu adipeux et des glandes sébacées; dans les couches supérieures, au contraire — grâce, peut-être, aux conditions meilleures de la nutrition des éléments de la couche sous et sus-papillaire de la peau, — à des altérations hypertrophiques; il conduit surtout à une kératinisation exagérée (hyperkeratosis), qui se produit non parakératosique, mais d'une voie normale.

Je passe à la description de mon cas :

La malade S. L..., âgée de 31 ans, est entrée dans mon service le 31 mars 1899. Trois accouchements : le dernier, il y a cinq ans, et un avortement au troisième mois de la grossesse, il y a trois ans. Toutes les grossesses, les couches, ainsi que les suites de couches se passaient toujours normalement, sans com-

plication aucune. Après l'avortement on pratiqua l' « *excochleatio cavi uteri* ». Depuis l'avortement les règles, quoique toujours régulières, toutes les quatre semaines, étaient très abondantes et douloureuses. Auparavant, menstruations régulières, peu abondantes et sans douleurs. Dans les intervalles des règles, apparition souvent de taches sanguines. Les six derniers mois, souffre de leucorrhée, augmentée surtout les deux derniers mois. Se croit malade depuis deux ans ; avant, elle était toujours bien portante.

Il y a deux ans, sensations de *prurit* au niveau des organes génitaux externes, fortement augmentées les six derniers mois. En même temps, elle nota que *la miction était difficile* et *douloureuse*. Ces phénomènes, les deux derniers mois, étaient notablement augmentés ; parfois, en outre, il y avait incontinence d'urine. Simultanément, apparut, surtout pendant la marche, au niveau des organes génitaux externes : *sensation de tension, de pesanteur, de tiraillement* dans le bas-ventre, et parfois une *douleur* atroce.

La malade, de constitution et de nutrition moyenne. Les viscères, en fonction normale. Pas de sucre, pas d'albumine, ni d'éléments formés dans les urines.

Les organes génitaux externes présentent dans leur aspect, ainsi que dans leur coloration, des déviations notables de l'état normal (fig. A et B). Les grandes lèvres ne forment que deux replis, ne débordant que très peu la peau voisine et se perdent invisiblement dans le tissu du périnée déchiré. Les nymphes sont réduites à de petites saillies. L'entrée du vagin est entr'ouverte par la déchirure du périnée du second degré. Le tissu des lèvres et le vestibule du vagin sont d'une couleur gris-blanc, de nacre de perle, accusée surtout au niveau du prépuce induré du clitoris. La peau des organes génitaux est sèche, très friable, avec beaucoup de petites fissures et se déchire facilement sous la moindre tension.

Le vagin est hyperémié, avec des parois lisses, sans replis. La portion vaginale de l'utérus est notablement diminuée, avec un petit orifice rond. Le corps de l'utérus est dans l'antéflexion,

il est mobile; la longueur de sa cavité est de 8 centim.; les parois de l'utérus sont amincies. La muqueuse de l'utérus saigne

A

B

FIG. A et B. — Aspect des organes génitaux externes.

facilement après un examen par la sonde. Les annexes sont libres. L'opération proposée fut refusée par la malade.

On excisa pour l'examen microscopique, au niveau du tiers inférieur des grandes lèvres, un fragment de peau, de

1 centim. et demi de longueur, de 1/2 centim. de largeur au voisinage d'une portion de la muqueuse vaginale, d'autre part de la peau saine. Le fragment fut fixé dans la solution de Flemming (*).

L'examen histologique fut fait au laboratoire anatomo-pathologique de l'hôpital, avec l'aimable concours du prosecteur, le Dr Ch. J. Chensinsky, à qui mon devoir est d'exprimer ma reconnaissance profonde. L'examen des fragments, colorés à la saphronine et à l'indigo-picrocarmin, fournit les données suivantes (fig. 1) : Le *stratum cornéen* (stratum corneum) est très augmenté. Le *stratum lucidum*, à l'ordinaire absent dans cette région de la peau, se manifeste dans les endroits isolés (où le stratum cornéen est surtout augmenté) assez visiblement; dans les autres, invisible, ainsi que dans ces endroits, le stratum cornéen s'attache immédiatement à la couche granuleuse. La dernière, c'est-à-dire *la couche granuleuse* (stratum granulosum) (fig. 3), composée d'ordinaire d'une seule couche de cellules, souvent interrompue (v. Bardelebens, *Handb. d. Anat. d. Menscher.* — Braun. *Art. Haut.*, 1897, p. 13), est constituée sur nos préparations de 3-4, par places de 5-6 rangées de cellules longitudinales, bien marquées et contenant (par tous moyens de coloration) des grains d'éléidine. — *Le réseau de Malpighi* (stratum germinativum) est en état d'hyperplasie très accusée avec des cellules épineuses et, dans la couche la plus profonde, de cellules cylindriques, dans lesquelles se rencontrent en masse les mitoses dans leurs différents stades.

Les *papilles* sont en partie déprimées presque jusqu'à la disparition complète, ainsi que l'épithélium qui s'attache au derme par une ligne légèrement onduleuse, elles sont en partie très amincies et se montrent plus allongées. A la limite de l'épithélium et du derme s'observe dans l'épaisseur du dernier, par places, autour des vaisseaux, une infiltration à petites cellules, groupées en nids isolés. Le tissu même du derme a perdu son caractère

(*) Pour la comparaison, on prépara en même temps des fragments de peau du même endroit, pris chez un cadavre de femme du même âge avec des organes génitaux externes absolument normaux.

ordinaire onduleux des faisceaux filamenteux, disposés en général parallèlement à l'épiderme : il est composé de rubans larges, en longues bandes de tissu homogène connectif intimement reliées avec une quantité insignifiante de cellules, offrant l'aspect d'un tissu tout à fait scléreux. Sur les préparations, colorées par l'orcéine d'après Unna-Faenzer, on voit (fig. 2) que dans les papilles et dans les couches supérieures du derme le tissu élastique a complètement disparu et qu'il ne s'est conservé qu'en quantité diminuée, en comparaison avec des préparations normales, dans les couches inférieures de la peau. Les glandes sébacées et sudoripares ne se rencontrent nulle part. On ne voit pas les nerfs non plus. Les vaisseaux sanguins du derme sont, en général, en état de vide complet ; dans les régions isolées, on trouve des vaisseaux assez larges avec une infiltration périvasculaire.

Donc l'examen microscopique montra avec certitude que nous avions sous les yeux les modifications anatomiques tout à fait caractéristiques du kraurosis de la vulve, soit dans le commencement du second stade de la maladie (stadium atrophicum), soit dans la période à la limite du passage d'un stade à l'autre.

A côté des phénomènes très accusés d'hyperplasie de l'épiderme (l'épaississement de toutes ses couches), nous trouvons les phénomènes non moins accusés de l'atrophie du derme (l'aplatissement et, par places, l'absence complète des papilles, la déperdition complète du tissu élastique dans les couches supérieures du derme, l'absence complète de l'appareil glandulaire et la déperdition complète de l'appareil vasculaire de la peau).

L'hyperplasie de l'épiderme s'observe dans toutes ses couches ; ce qu'on voit, en outre, d'après la grande quantité de mitoses dans les divers stades dans la couche profonde maternelle (couche germinative, stratum germinativum), ainsi que d'après l'épaississement de la couche granuleuse (stratum granulosum), dont les cellules, contenant la kératohyaline, présentent le stade transitoire entre les cellules protoplasmotiques et cornéennes (Braun, *op. cit.*, p. 14).

A l'opposition de l'épiderme, le derme présente les phénomènes de l'atrophie, surtout très accusée dans ses couches supérieures. A la limite de l'épiderme et du derme, on observe encore par places une infiltration à petites cellules — reliquat du premier stade inflammatoire dans le tissu de la peau.

L'atrophie des papilles de la peau avec leur allongement simultané nous oblige, avec v. Mars, de l'expliquer ainsi : d'un côté par la compression de tous les côtés des papilles par la couche germinative très développée et, de l'autre côté, par sa pénétration dans la profondeur, provoquant simultanément leur atrophie et leur allongement.

Le processus de la rétraction de la peau va, à ce qu'il paraît, de haut en bas, d'après le fait qu'on observe dans les papilles et les couches supérieures du derme la déperdition complète des faisceaux élastiques, qui sont encore conservés, quoique en quantité notablement diminués, dans les couches inférieures de la peau, à la limite de la couche sous-cutanée.

De l'*étiologie* du kraurosis de la vulve, nous ne savons presque rien. La maladie s'observe à l'âge adulte (dès de 20 ans), aussi bien que chez les gens bien âgées (chez les vieilles de 62 ans, dans le cas de v. Mars), que chez les vierges (Veit, Neller) et chez les femmes mariées pendant et en dehors de la grossesse.

Les indications de quelques auteurs sur la valeur étiologique de la blennorrhagie (Orthmann), des ulcères syphilitiques (Janowsky), des irritations extérieures (Neumann), sont incertaines et ne peuvent pas être confirmées avec certitude pour la plupart des cas.

Il faut examiner un peu plus longuement la relation entre le prurit et le kraurosis de la vulve, surtout parce que Veit s'efforce d'établir la liaison prochaine entre les deux formes maladives, admettant que « le kraurosis représente une des conséquences du prurit de la vulve ». D'après l'opinion de Veit, le grattage de la peau à l'occasion du prurit de la vulve amène les processus inflammatoires dans la peau des organes génitaux externes ; or, ces processus inflammatoires produisent les modifications que nous observons dans le kraurosis. Il dit : « Nous

ne serons pas très audacieux en admettant que pendant les modifications très intenses de la peau aussitôt après l'infiltration à petites cellules, après l'inflammation, se présentera une rétraction notable, ce qui nous donnera le tableau du kraurosis. Donc, le kraurosis représente l'étroitesse et la rétraction des organes génitaux, provoquées par l'inflammation de la peau, qui de son côté était provoquée par le grattage à cause du prurit intense. » C'est à peine si l'on peut être d'accord avec cette opinion. Il suffit d'indiquer que parmi les cas décrits dans la littérature, on trouve encore beaucoup d'observations où le prurit manque complètement, où le prurit existant n'était pas d'un caractère intense ; où, enfin, le prurit se manifestait quand la rétraction même était déjà assez accusée. Veit pense que les malades, dans ces cas, cachaient à leurs médecins la présence du prurit ou par pudeur, ou par peur d'être soupçonnées de masturbation. Cette hypothèse, pourtant, se signale d'une affectation telle qu'elle ne mérite pas qu'on s'y arrête. Il me semble qu'il faut avouer, avec franchise, que de l'étiologie du kraurosis nous ne savons rien de positif.

La marche de la maladie est chronique et très lente. Ainsi Czempin observa chez sa malade le développement lent des modifications de la peau pendant huit ans, et chez la malade de Neller, la vierge de 59 ans, les phénomènes se développèrent petit à petit, depuis l'âge de 47-48 ans, c'est-à-dire pendant onze à douze ans.

Les symptômes de la maladie se rapportent, d'un côté, aux sensations anormales et maladives au niveau des parties génitales externes (sensation de brûlure, prurit, miction douloureuse, sensation de tension et de tractions, douleurs) et, d'autre part, aux phénomènes de rétraction et d'étroitesse du vestibule du vagin (difficulté pendant le coït, déchirure facile de la peau sous la moindre blessure, surtout pendant les couches). L'intensité des symptômes indiqués est sujette, pourtant, à des variations notables, étant très accusée dans quelques cas, et très faible dans les autres ; les sensations subjectives des malades, à ce qu'il paraît, ne sont pas toujours en rapport avec les modifications objectives.

Le *diagnostic* de la maladie ne présente pas de difficultés dans tous ces cas où l'on observe des modifications objectives au niveau des parties génitales externes, décrites d'une manière classique déjà par Breisky : « La peau se présente blanchâtre, desséchée; recouverte parfois d'un épiderme épais, un peu rude depuis le gland du clitoris, ensuite sur une partie de la peau entre le clitoris et le méat de l'urèthre, jusqu'au frein des lèvres ; les parties voisines de la peau sont brillantes, sèches, d'une couleur gris rosâtre, parsemées aussi de taches blanchâtres et pénétrées par de petits rameaux des vaisseaux. Les glandes sébacées, en général, en quantité très minime. » Un rétrécissement plus ou moins accusé du vestibule du vagin et une friabilité très marquée de la peau complètent le tableau de la maladie. Je ne m'arrête pas sur les altérations histologiques de la peau, si caractéristiques pour le kraurosis, parce que plus haut j'ai parlé de cela en détails.

Quant au *pronostic*, il faut remarquer que la peau atteinte par le kraurosis est, à ce qu'il paraît, prédisposée aux affections cancéreuses. Dans les cas de Martin, Crempin, Pichevin et Pettit, et Mendès de Léon, on observait, en même temps que le kraurosis, le cancer de la vulve.

Le *traitement*, dans tous ces cas où les symptômes de la maladie l'exigent, est opératoire, et consiste dans l'excision large de la vulve, proposée et exécutée pour la première fois par Martin.

L'opération donne des résultats excellents et garantit, à ce qu'il paraît, des récidives, comme le démontre la quantité suffisante des observations déjà décrites.

BIBLIOGRAPHIE

BREISKY. Ueber Kraurosis vulvæ, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am Pudendum muliebre. *Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd VI, p. 69.

FLEISCHMANN. Beitrag zur Kraurosis vulvæ. *Prag. Medic. Wochensch.*, 1886, n° 6, p. 341.

JANOWSKY. Ueber Kraurosis vulvæ. *Monatshefte für prat. Dermat.*, 1888, n° 11, p. 951.

ORTHMANN. Ueber Kraurosis vulvæ. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn*, Bd XIX, p. 283.

FREDERICK. Kraurosis vulvæ. *The Times and Reg.*, vol. XXIII, n° 8. *Trommel's Jahresbericht*, 1891, p. 795.

HALLOWEL. Kraurosis vulvæ. *Northwest Lancet*, 1891, p. 361. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 743.

BARTELS. *Ueber Kraurosis vulvæ*. Bonn, 1892. *Central. f. Gynec.*, 1893 p. 822.

HATCHETTE. Kraurosis vulvæ. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, v. VI, p. 139.

ELISCHER. Kraurosis vulvæ operat. esete. *Orvosi Hetilop.*, n° 22. *Frommel's Jahresb.*, 1894, p. 240.

MARTIN. Ueber Kraurosis vulvæ. *Samml. klin. Vortr.*, N. F, n° 102.

REED. Progressive cutaneous atrophy of the vulvæ. *The Amer. gyn. and obstetr. Journ.*, v. V, p. 556.

RONA. Kraurosis vulvæ esete. *Orvosi Hetilop.*, 1894, n° 13. *Frommel's Jahresber.*, 1894, p. 240.

SEELIGMANN. Ueber Kraurosis vulvæ. *Centralbl. f. Gyn.*, Bd XXI, p. 193.

LONGYEAR. Kraurosis vulvæ. *The Americ. Journ. of Obstetr.*, 1895, déc., p. 823.

PFANNENSTIEL. Amputatio vulvæ wegen Kraurosis. *Allgem. medic. Centralzeit.*, 1896, n° 36.

GÖRDES. Ein Fall von Kraurosis vulvæ. *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, Bd III, p. 305.

PETER. Ueber Kraurosis vulvæ. *Monatschr. f. Geb. und. Gyn.*, Bd III, p. 297.

NEUMANN. Kraurosis vulvæ. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1896, p. 211.

CZEMPIN. Kraurosis vulvæ. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd XXXIV, p. 460.

PICHEVIN et PETTIT. Sur le kraurosis vulvæ. *Ann. de Gynécol.*, 1897, mars, p. 254.

MAC GILLOVRY. *Centralbl. f. Gyn.*, Bd XXII, p. 1095.

VEIT. *Hand. der Gynækol.*, 1898, Bd III, p. 144.

V. MARS. Ein Beitrag zur Kraurosis vulvæ. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd VII, p. 616.

GEBHARD. *Pathologische Anat. der weibl. Sexual organe*. Leipzig, 1899, p. 589.

BROSIN. Kraurosis vulvæ. *Centralbl. f. Gyn.*, 1899, Bd XXIII, p. 1320.

MONTGOMERY BALDY. Report of a case of Kraurosis vulvæ. *Amer. Journ. of Obstet.*, v. XL, p. 241.

DUBROWALSKY. Ein Fall von Kraurosis vulvæ. *Centralbl. f. Gyn.*, 1899, Bd XXIII, p. 1554.

HELLER. Ueber Kraurosis vulvæ. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1899, Bd XXIII p. 1501.

DÉVELOPPEMENT
DES ADÉNO-MYOMES UTÉRINS DE NATURE INFLAMMATOIRE

Par **André Claisse.**

Les tumeurs bénignes de l'utérus reproduisent dans leur structure les divers tissus de l'organe où elles se développent : les unes, de type conjonctif, sont formées des mêmes éléments conjonctifs et musculaires que la paroi de la matrice ; les autres, de type glandulaire, renferment les mêmes formations épithéliales que la muqueuse.

La structure des fibro-myômes est bien connue : les données que nous possédons sur leur développement sont de notion moins courante : nous allons les rappeler en quelques mots avant d'aborder le sujet principal de cet article.

Ce sont principalement les recherches de Pilliet et de Costes qui ont précisé le point d'origine des fibro-myômes utérins.

Les utérus que l'on peut dénommer *fibrogènes* sont atteints de lésions inflammatoires au niveau de leur muqueuse et surtout des vaisseaux de la paroi musculaire ; les phénomènes *d'endo*, de *périvascularite* se manifestent par une prolifération cellulaire très active : des *couronnes* périvasculaires de cellules conjonctives se forment, qui donnent naissance à des prolongements, à des *pointes d'accroissement ;* dans celles-ci apparaissent des néo-capillaires qui constituent de nouveaux centres de prolifération conjonctivo-musculaires.

Nous avons insisté dans notre thèse (1) sur l'évolution de ces fibro-myômes : les uns se développent dans l'épaisseur de

---

(1) *Recherches sur le développement des fibro-myômes et des adéno-myômes de l'utérus.* Paris, 1900, chez Steinheil.

la paroi ; les autres, ayant pris naissance dans les couches sous-muqueuses ou sous-péritonéales, sont refoulés par les contractions du muscle utérin et tendent à faire saillie, à se pédiculiser.

Nous laisserons de côté les polypes glandulaires : ils forment une classe de tumeurs bien connues, se développant nettement aux dépens de la muqueuse utérine, à la suite de lésions inflammatoires.

Mais nous désirons au contraire attirer l'attention sur des tumeurs comparables à ces polypes, habituellement confondues avec les fibro-myômes et qui s'en séparent absolument par leur structure et par certains caractères anatomiques, sur les adéno-myômes interstitiels.

De volume variable, parfois considérable, les *adéno-myômes interstitiels* peuvent constituer une ou plusieurs masses isolées ou, au contraire, donner l'aspect d'une énorme hypertrophie d'une des parois utérines. Leur coloration est d'un blanc rosé, moins claire d'ordinaire que celle des fibro-myômes; leur consistance est assez molle. Ils se délimitent fort mal d'avec le tissu voisin, méritant le nom de tumeurs infiltrées ; on ne peut les énucléer : ils sont dépourvus de capsule.

En les examinant de près, on voit parfois un grand nombre de petites lacunes punctiformes, culs-de-sac glandulaires qu'il serait d'ailleurs difficile de distinguer, à l'œil nu, de la coupe des petits vaisseaux.

Histologie. — Prélevons des morceaux en différents points de ces tumeurs, examinons-les au microscope.

Nous voyons, au milieu des faisceaux musculaires, des îlots indépendants les uns des autres, plus colorés, renfermant des culs-de-sac glandulaires.

Îlots glandulaires. — Ils ont une forme, des dimensions variables: souvent elliptiques ou arrondis, ils peuvent présenter un contour irrégulier, émettre des prolongements plus ou moins étendus. Leurs dimensions dépendent du nombre de glandes qu'ils renferment, parfois un seul cul-de-sac, parfois un nombre assez considérable.

Ils sont séparés les uns des autres par des faisceaux musculaires qui les entourent complètement et suppriment toute relation entre eux et avec la muqueuse utérine.

Ces îlots renferment deux éléments anatomiques différents :

1° Les culs-de-sac glandulaires. De forme et de dimensions variables, à contour arrondi ou polycyclique, à cavité très faible

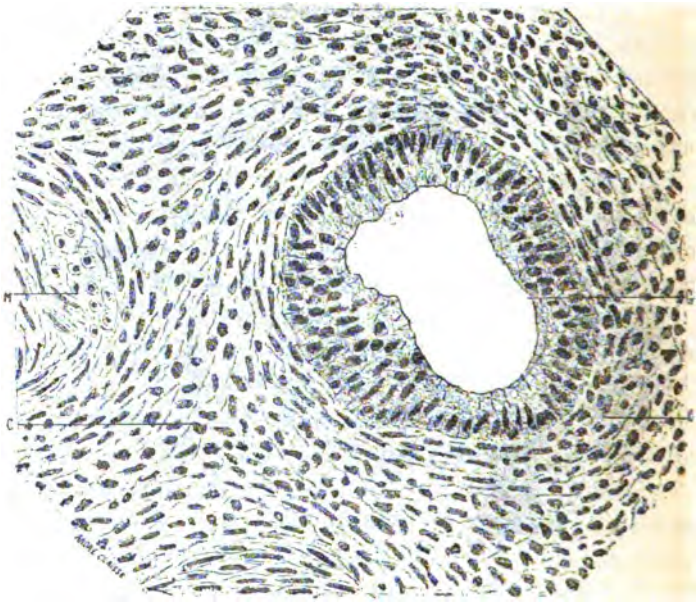


FIG. 1. — Cul-de-sac glandulaire G. entouré de cellules conjonctives C, se transformant à la périphérie en fibres musculaires M. Gr^{t} : 300/1.

ou dilatée, ils rappellent les divers aspects que l'on observe dans les endométrites hypertrophiques. La cavité est ordinairement vide, parfois au contraire renferme des détritus cellulaires ou un magma amorphe, produit de la sécrétion épithéliale.

L'épithélium de revêtement est essentiellement formé d'une couche de cellules cylindriques élevées, à noyau allongé, rapproché de la base de la cellule. Lorsque la dilatation glandulaire est assez marquée, ces cellules s'aplatissent d'ordinaire,

deviennent presque cubiques. Souvent, au contraire, l'épithélium devient proliférant (fig. 1) : au lieu d'une seule couche, on en voit 2, 3, 4; beaucoup de cellules conservent le type cylindrique, d'autres sont arrondies, cellules de remplacement dont l'accumulation accroît l'épaisseur de cette membrane de revêtement.

2° Les éléments glandulaires baignent dans un tissu connectif aréolaire comblé de cellules nucléées, tissu connectif cytogène. Ces cellules s'orientent d'ordinaire autour des glandes, allongées, imbriquées les unes contre les autres; en s'écartant, elles apparaissent avec leur forme arrondie de cellules embryonnaires.

Au contact des faisceaux musculaires de la périphérie, nous les voyons s'allonger de nouveau; on peut surprendre la transformation de ces cellules fusiformes, conjonctives, en fibres musculaires lisses.

Le contact est donc intime entre l'îlot glandulaire et les faisceaux musculaires.

Les vaisseaux sont en petit nombre au milieu de ce tissu connectif, vaisseaux lacunaires, c'est-à-dire sans paroi propre, autour desquels les cellules connectives s'orientent également.

Tissu musculaire. — Le stroma de la paroi utérine se retrouve, peu modifié, dans la tumeur dont il constitue la majeure partie. Notons pourtant ce fait, que les faisceaux musculaires sont beaucoup plus denses au pourtour des îlots glandulaires : il y a en ce point une formation active de fibres musculaires.

Les vaisseaux du stroma ne sont pas modifiés : nous en retrouvons munis d'une paroi propre, épaisse ; d'autres sont lacunaires ; quelques-uns s'entourent d'une couronne proliférante. Mais la néoformation cellulaire périvasculaire qui est initiale, capitale, dans les fibro-myômes, est ici secondaire : les vaisseaux ne sont plus que des centres accessoires de prolifération, les centres principaux sont les îlots glandulaires.

Limite. — Nous avons dit que tantôt les adéno-myômes étaient diffus : on rencontre alors des îlots glandulaires depuis la muqueuse utérine jusque dans les couches sous-péritonéales.

Tantôt, au contraire, ils sont localisés : on trouve une ou plusieurs tumeurs à limite assez précise. Les coupes qui portent au niveau de cette limite montrent qu'en réalité elle est assez difficile à déterminer.

Nous ne trouvons pas, comme dans les fibro-myômes, une zone capsulaire lâche qui sépare nettement le tissu de la tumeur des faisceaux périphériques. Ici les faisceaux musculaires s'enchevêtrent les uns dans les autres : on s'aperçoit que du côté du néoplasme ils sont plus épais et plus serrés, mais on ne peut établir de ligne de démarcation ; il n'y a pas d'encapsulement.

Ce fait est très important au point de vue opératoire : les adéno-myômes, même localisés, ne peuvent être énucléés.

Histogenèse. — Par quel mécanisme se forment les adéno-myômes?

Le processus est facile à saisir sur les tumeurs diffuses : dans toute leur étendue, on retrouve ces îlots glandulaires qui reproduisent absolument la structure de la muqueuse utérine. Au contact de celle-ci nous en voyons qui s'en détachent ; voici comment :

La muqueuse est atteinte de lésions inflammatoires hypertrophiques : sa face profonde, au lieu d'être plane, est très irrégulière ; des glandes s'enfoncent entre les faisceaux musculaires, forment des prolongements parfois très accentués. Un double processus intervient : 1° les canaux excréteurs de ces glandes sont tapissés d'un épithélium épais, proliférant, tendant à l'oblitération de la lumière du canal ; 2° les faisceaux musculaires compriment, pincent le pédicule. Ces deux actions réunies aboutissent à la suppression du point d'attache des prolongements de la muqueuse ; le cap se transforme en îlot.

Celui-ci, une fois constitué, s'éloignera peu à peu de son point d'origine, à cause de la néoformation continuelle, à son pourtour, de fibres musculaires.

Cet isolement de portions de la muqueuse est loin d'être rare : dans nombre de cas d'endométrites hypertrophiques, on rencontre de la sorte des petits îlots glandulaires aberrants au

milieu des faisceaux musculaires sur lesquels repose la muqueuse.

Dans les adéno-myômes, ce processus est plus actif et plus envahissant. La prolifération continue dans les îlots glandulaires ; la néoformation de cellules conjonctives, se transformant en fibres musculaires, est abondante.

De nouveaux îlots apparaissent, se séparant des anciens par

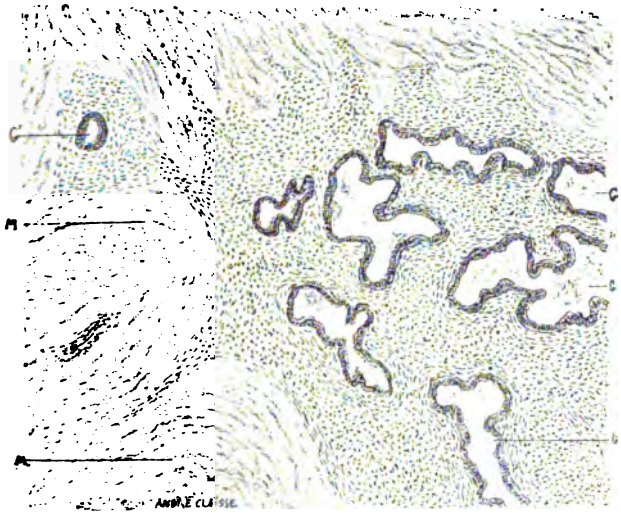


FIG. 2. — Adéno-myôme. Culs-de-sac glandulaires G entourés de tissu connectif ; le cul-de-sac G' se sépare de l'îlot primitif. M : muscle utérin. Gr : 64/1.

un processus analogue à la formation de ceux-ci et que l'on voit nettement dans la figure 2. Un cul-de sac G', entouré de tissu connectif cytogène, est écarté du reste de l'îlot par la pression des faisceaux musculaires ; il se forme un pédicule mince qui ne tardera pas à disparaître ; G' deviendra le centre d'un nouvel îlot qui sera, à son tour, le siège de phénomènes proliférants analogues.

Dans les adéno-myômes diffus, cet envahissement progressif du tissu musculaire par les éléments glandulaires se fait en

nappe, sur une large surface. Dans les tumeurs isolées, la continuité avec la muqueuse, que l'on trouve dans des premiers, n'existe pas ; l'isolement s'est fait pour un groupe de centres, comme il s'est fait au début pour un centre unique.

Adéno-myômes péri-tubaires. — Certains adéno-myômes se développent dans les cornes utérines, au pourtour du trajet pariétal des trompes : cette localisation est même assez fréquente. Nous devons insister sur cette variété.

Ces tumeurs ne dérivent pas, en effet, de la muqueuse uté-

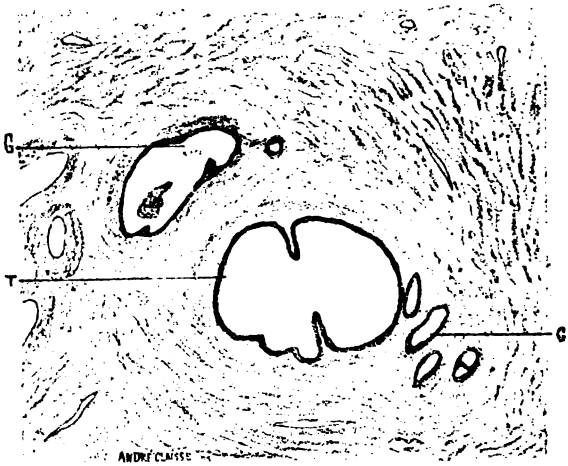


FIG. 3. — Adéno-myôme péritubaire. Formation des îlots glandulaires G aux dépens de la trompe T. Grt : 16/1.

rine, mais de la muqueuse tubaire. Or, celle-ci, même dans son trajet intra-utérin, est absolument dépourvue de glandes et on ne conçoit pas, tout d'abord, comment elle peut donner naissance à des adénomes.

Notre figure 3 montre ce qui se passe alors.

Il est assez fréquent de voir, dans les salpingites, des inclusions, d'origine inflammatoire, de l'épithélium de la muqueuse qui, s'isolant dans le tissu connectif, qui prennent absolument l'aspect de culs-de-sac glandulaires. Cet isolement se fait, proba-

blement, par un processus identique à celui que nous avons décrit pour les glandes de la muqueuse utérine. Ici c'est un repli de la muqueuse tubaire dont l'épithélium, proliférant, oblitère la communication avec le canal de la trompe; les éléments conjonctifs voisins envahissent ce pédicule, englobent, repoussent le cul-de-sac ainsi formé.

Celui-ci devient un centre inflammatoire de prolifération et, par le fait de celle-ci, s'écarte de plus en plus de la trompe

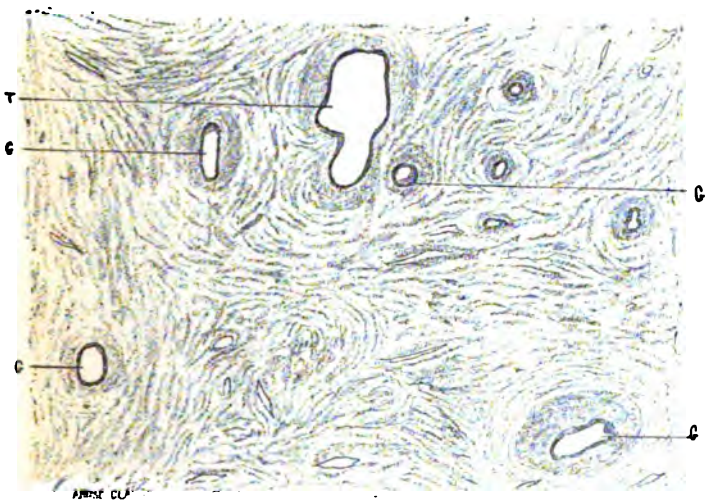


Fig. 4. — Adéno-myôme péritubaire. T, trompe d'où dérivent les centres glandulaires G. Gr^t : 16/1.

même, son origine. La figure 4 montre cet envahissement progressif des éléments pseudo-glandulaires. Ceux-ci continuent à être environnés du tissu connectif cytogène sous-muqueux. On remarquera qu'ils sont habituellement isolés, et parfois fort dilatés.

Pathogénie. — Nous avons rencontré, au cours de cette description des adéno-myômes, des altérations inflammatoires très nettes au niveau de l'épithélium des culs-de-sac aberrants, ausi bien qu'au niveau de la muqueuse de la cavité utérine;

elles se manifestent également par la prolifération conjonctive périglandulaire et, à un moindre degré, périvasculaire. Ces tumeurs sont donc franchement *inflammatoires*.

Nous apportons, comme argument important en faveur de cette nature inflammatoire, ce fait que dans deux de nos observations, l'adéno-myôme utérin s'accompagnait d'une *leucocytose* abondante. Voici les chiffres que nous avons trouvés dans le premier cas :

Globules rouges	5.208.000
— blancs	13.950
Rapport	$\frac{1}{395}$

et dans le deuxième (1) :

Globules rouges	4.588.000
— blancs	14.466
Rapport	$\frac{1}{316}$

Nous sommes loin d'être fixés sur la cause de cette inflammation ; elle a pour point de départ une endométrite ou une endosalpingite : ces lésions sont habituellement de nature microbienne.

Nous n'avons pas, jusqu'ici, de données pathogéniques plus précises.

Évolution. — Il semble que les adéno-myômes utérins s'accroissent plus rapidement que les fibro-myômes. Ils se comportent d'ailleurs comme des tumeurs bénignes ; ce sont bien des adénomes et non pas des cancers.

On a observé la transformation kystique, surtout au niveau des cornes utérines ; on a rencontré des tumeurs télangiectasiques.

Les éléments glandulaires peuvent-ils, à un moment, disparaître, étouffés par le stroma conjonctivo-musculaire ; l'adéno-

(1) Ces cas sont rapportés en détail dans notre thèse : obs. 37 et 38.

myôme peut-il se transformer en fibro-myôme ? Le fait est possible, mais nous le croyons exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, le fibro-myôme a bien une origine et un développement uniquement périvasculaires.

Quant à la dégénérescence cancéreuse, épithéliomateuse, elle existe; elle explique même ces cas, qui semblaient extraordinaires, de dégénérescence cancéreuse de fibromes. Cette dégénérescence ne peut se comprendre que si la tumeur renferme des éléments épithéliaux : ces fibromes dégénérés étaient certainement des adéno-myômes.

Origine congénitale. — Après avoir rappelé l'origine inflammatoire périvasculaire des fibro-myômes, nous avons donc indiqué comment se développaient, aux dépens des muqueuses utérine et tubaire, certaines tumeurs adénomateuses, inflammatoires. Tels sont les faits que nous avons observés.

Mais il existe une autre classe de ces tumeurs auxquelles il semble bien qu'on doive attribuer une origine congénitale : Recklinghausen (1) en particulier en a décrit un assez grand nombre qu'il fait dériver de débris du corps de Wolff.

Cet auteur a constaté la présence de tubes glandulaires, revêtus d'un épithélium cylindrique disposé sur une seule couche ; ces formations sont rectilignes ou flexueuses et ressemblent aux canalicules urinifères, aux tubes glandulaires du corps de Wolff ; ils représentent les canaux collecteurs à épithélium élevé, les canaux sécréteurs à revêtement plus aplati ; on y distingue des renflements terminaux, des dilatations portant des branchements où aboutissent les canaux. Ils sont situés au sein d'une masse adéno-lymphoïde semblable à celle de l'utérus.

Certains de ces tubes, comme ceux du corps de Wolff, offrent un épithélium cilié. Nulle part on ne constate d'activité sécrétoire.

D'autres auteurs font dériver ces formations de la partie infé-

---

(1) Voir l'analyse de LABUSQUIÈRE dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1896, 2e sem., p. 60.

rieure des conduits de Müller, ou même de ramifications du conduit de Gärtner.

Quoi qu'il en soit, nous devions signaler cette origine congénitale à côté de l'origine inflammatoire. Si nous n'avons insisté que sur cette dernière, c'est que nous devions y rapporter les faits que nous avions pu étudier, les seuls dont nous voulions parler.

AMPUTATION SPONTANÉE
DES DEUX TROMPES DE FALLOPE

Par **Emil Ries** (de Chicago),
Professeur de Gynécologie à la *Post-Graduate Medical School.*

En septembre 1899, le Dr C. T. Murphy me pria de voir avec lui une malade dont l'histoire pathologique, par ce qu'elle renferme de rare, mérite d'être rapportée. Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 32 ans, menstruée à 13 ans et depuis régulièrement, bien que, de temps à autre, la menstruation fût douloureuse. Quelques années avant, leucorrhée légère. Mariée à 18 ans, elle a eu un enfant, il y a environ onze ans, qui vit et est bien portant. A noter deux fausses couches, la première il y a douze ans ; la deuxième, huit ans. Il y a environ quatre ans, les accidents actuels commencèrent de se manifester avec de vives douleurs abdomino-dorsales. Une semaine environ avant que je la visse, elle avait été forcée de s'aliter : douleurs abdominales vives, température 39°,44, perte d'appétit, nausée, difficulté à se mouvoir. Constipation et sensation de brûlure pendant la miction. — *Examen*, le 18 septembre. Femme petite, mince, pâle, nutrition mauvaise. T. 37°,3, P. 100 ; pas de sucre, pas d'albumine dans l'urine. Cœur, poumons, foie, rate normaux. Pas d'hypertrophies ganglionnaires. Au vagin et à la vulve, un écoulement blanchâtre. Le vagin est large, ses parois lisses. On peut, par la pression, faire sourdre un peu de pus de la glande de Bartholin gauche, rien par l'urèthre ni par la glande de Bartholin droite. Col de l'utérus légèrement déchiré à droite et à gauche, utérus en antéversion. A gauche, on reconnaît l'ovaire ; à droite, on constate un sac très douloureux et une fluctuation manifeste. *Diagnostic :* inflammation des

annexes droites, contre laquelle on reconnut l'utilité d'une intervention par la voie vaginale.

Opération, pratiquée le 19 septembre. Elle dura environ trente minutes. Incision péri-cervicale, séparation de la vessie de l'utérus, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. L'utérus est attiré en bas et, tout de suite, on constate que chaque trompe ne forme qu'un très petit moignon au niveau de chaque corne utérine. A droite, le reste de la trompe apparaît spontanément sous la forme d'un sac bleu-noir, de la grosseur d'un œuf d'oie. Après avoir réalisé l'hémostase temporaire par l'application de pinces-clamps, on sectionne le ligament large droit. Le liga-

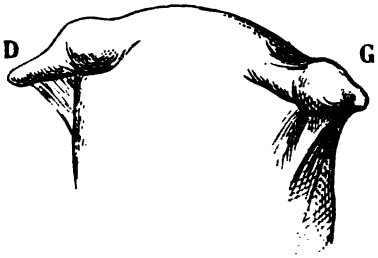


Fig. 1.

ment large gauche est traité de même manière, et l'utérus libéré en arrière. Cela fait, l'utérus est refoulé en haut et à droite et l'on ferme par une suture continue, au cours de laquelle on enlève successivement les pinces, le ligament large gauche. Entre temps, ligature de l'artère utérine apparue très distinctement. Même technique opératoire du côté droit. A ce moment, le bassin se présente avec une rangée de sutures à droite et une à gauche, entre lesquelles apparaît nettement le sac noirâtre constitué par la trompe droite. Ce sac n'a de connexion ni avec l'utérus ni avec les ligaments larges dans la partie où ils ont été suturés et sectionnés.

Mais il est fixé *in situ* par quelques cordons membraneux, fins, qui le relient à la paroi pelvienne, droite. On suture maintenant le péritoine de la vessie au péritoine du Douglas par une suture continue au catgut. Le vagin est pareillement fermé

par une suture continue au catgut. Tampon de gaze stérilisée dans le vagin.

La malade fit une convalescence régulière, s'assit dans son lit vingt-quatre heures après l'opération, dans la chaise et marcha quarante-huit heures après (1). Elle quitta l'hôpital une semaine exactement après avoir été opérée (26 septembre). L'examen, à ce moment, fit voir la voûte vaginale cicatrisée régulièrement ; en certains points, on sentait encore la suture au catgut. État général excellent, absence de tous malaises. La malade fut revue un mois après l'opération. Elle était venue en voiture d'une distance d'environ 7 milles. Son aspect était superbe, elle respirait l'énergie et la force ; plus de souffrances, appétit bon, digestion régulière, cicatrice vaginale linéaire, rien d'anormal dans la région pelvienne. Je l'ai examinée de nouveau le 14 décembre. Elle avait engraissé de 13 livres, faisait profession d'enseigner le maniement de la machine à coudre, se rendant chez les acquéreurs de ces machines pour leur en apprendre l'usage. État local et état général satisfaisants au plus haut degré.

La *pièce pathologique* enlevée est constituée par l'utérus, les moignons des deux trompes, les ovaires avec les ligaments ovariques et le pyosalpinx droit. L'utérus (fig. 1) est long de 6 centim. 5, la musculeuse est bonne, le fond est bien arrondi et son extrémité supérieure dépasse les points les plus élevés des trompes. Les moignons tubaires sont mous et vont en s'amincissant vers leur extrémité où il finissent en un très petit cône sans ouverture. Le péritoine qui tapisse le moignon de la trompe droite s'étend en bas, et sans interruption de ce moignon au ligament de l'ovaire enfermant le bord latéral de l'utérus entre le moignon tubaire et le ligament ovarique. Sur la surface postérieure de l'utérus, s'étendant jusqu'aux moignons tubaires, existent des restes d'adhérences ; on trouve également des adhérences sur la région de l'ovaire voisine de l'utérus et sur sa face postérieure ou plutôt interne. L'ovaire droit renferme un corps jaune bien développé. Le moignon tubaire

(1) Some radical changes in the after treatment of celiotomy cases. *Journ. Am. Med. Ass.*, août 1899.

gauche montre en avant quelques très fins tractus d'adhérences. Le péritoine qui le recouvre engaine aussi le bord latéral de l'utérus jusqu'au niveau de l'insertion du ligament ovarique. L'ovaire gauche est à peu près de même volume que le droit et montre quelques kystes petits, saillants. Il existe également quelques brides très bas sur la face postérieure de la matrice dont la face antérieure est libre d'adhérences.

Le sac tubaire droit, enlevé, mesure à son bord supérieur environ 10 centimètres ; sa circonférence maxima est de 9 centimètres. Il est plutôt piriforme, avec des contours irréguliers par suite de quelques strictures peu profondes. L'extrémité uté-

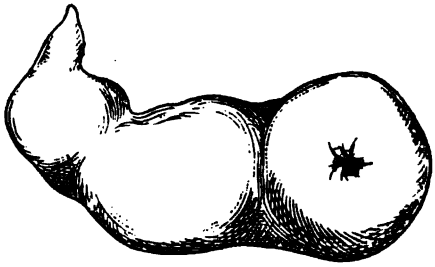


FIG. 2.

rine forme un petit cône complètement fermé et tapissé par le péritoine. L'extrémité abdominale est arrondie et offre une fossette peu accusée, vestige de l'orifice frangé A la partie supérieure de l'extrémité utérine, à ses surfaces antérieure et postérieure, quelques brides minces. Il existe trois petits kystes, probablement hydro-parasalpinx, à la surface inférieure du sac. Il est important de noter que, à part les adhérences, la surface de la trompe qui était en connexion avec les tissus voisins ne mesure pas plus de 10 millim. de long et 5 millim dans sa largeur *maxima*. Tout le reste du sac tubaire est tapissé par du péritoine lisse, uni, ce qui prouve bien que ces parties n'étaient pas adhérentes.

A l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide séreux, à teinte sanguinolente. Son bord supérieur incisé, on aperçoit sur la face interne des saillies qui correspondent aux strictures légères, externes. Cette surface interne est tapissée par une muqueuse

noirâtre, dont la surface est irrégulière et quelque peu déchiquetée. Dans le liquide, il y a un corps lisse, de forme irrégulière, sans pigmentation, faiblement transparent et très mou. L'examen microscopique montre qu'il est formé de filaments fibrineux, de globules rouges et blancs. Des coupes transverses de la paroi du sac mettent en évidence une infiltration hémorrhagique de la paroi tubaire sans aucun signe de processus inflammatoire. La paroi musculaire est mince et ses fibres sont, en beaucoup de points, dissociées par des masses de globules sanguins, rouges. Cette infiltration sanguine s'accuse davantage dans la muqueuse, où l'épithélium superficiel est par places séparé des tissus sous-jacents par des masses de sang, et aplati et aminci ; sur certains points, il a totalement disparu. Plus profondément, entre les replis bien accusés de la muqueuse, l'épithélium est cylindrique, normal.

Il s'agit d'un cas d'*amputation des deux trompes et de formation d'un hématosalpinx dans la partie abdominale, détachée de la trompe droite, tandis que la trompe gauche, au delà du moignon correspondant, est totalement perdue.*

* *
*

Il est, dans ce fait, deux points que l'on peut déterminer en toute assurance. En premier lieu, qu'il s'agit d'une amputation spontanée ; car, ni dans l'anamnèse, ni dans l'examen, rien, absolument rien, ne permet de penser à une intervention antérieure à la mienne ; secondement, que l'amputation et l'occlusion des trompes sont acquises, ce que prouvent les 3 grossesses antérieures, puisque, de toute nécessité, l'une des trompes, au moins, devait être perméable avant la conception. Mais, à part ces deux points, l'interprétation de ce cas est pleine de difficultés considérables.

Tout d'abord, la différence que présentent les deux côtés. A gauche, sauf le petit moignon tubaire, plus de trompe ; à droite, au contraire, formation d'une tumeur aux dépens de la partie détachée de la trompe. Qu'est devenue la portion manquante de l'oviducte gauche ? Première hypothèse admissible :

il se peut que je ne l'aie pas reconnue au cours de l'opération où qu'elle fût placée assez haut pour rester inaccessible dans une opération vaginale. Les objections qui s'élèvent contre cette hypothèse sont les suivantes : ni la recherche la plus soigneuse pendant l'opération, ni la palpation bimanuelle faite ultérieurement n'en révélèrent aucune trace. D'autre part, il n'est pas probable qu'un siège anormalement haut de cet organe la fît échapper aux recherches pendant l'opération, par la raison qu'un pareil défaut de descente de la trompe coïncide d'ordinaire avec une anomalie de situation semblable de l'ovaire ; or, l'ovaire gauche fut, au cours de l'opération, trouvé à sa place normale.

Mais si nous sommes conduit à admettre que la trompe ne fut pas trouvée parce qu'elle n'existait pas, deux éventualités se présentent à notre examen : *a*) la trompe ne se serait pas développée, hypothèse peu probable parce que, dans le cas de non développement, la trompe manque tout à fait, par la raison aussi que l'ovaire gauche était complètement développé ; *b*) la trompe se serait développée, mais, ultérieurement, sous l'influence d'un processus spécial, elle aurait été séparée de l'utérus et du ligament large et finalement résorbée. Ce processus de séparation peut évoluer pendant la vie intra-utérine. Une *péritonite intra-utérine*, par exemple, peut favoriser la formation d'adhérences, de pseudo-membranes capables de séparer la trompe du moignon, rendant ainsi possible la résorption de l'oviducte tout comme des portions des extrémités, etc., peuvent être résorbées après des strictions, des sections produites par des brides amniotiques, ou comme ces jeunes embryons, libres dans la cavité péritonéale, susceptibles de disparaître par résorption, ainsi que l'a rapporté Léopold. On peut encore invoquer une *descente incomplète* du canal de Müller aboutissant à une hyperextension de la trompe, par suite, à la séparation suivie de résorption. Hypothèse peu vraisemblable, comme il a été indiqué plus haut, à cause du siège normal de l'ovaire. Au cours de la vie extra-utérine, la trompe du côté gauche peut avoir été détachée par des *adhérences péritonitiques*. On voit encore

sur le moignon quelques restes de pseudo-membranes péritonitiques. Or, à plusieurs reprises, on a observé l'amputation de l'oviducte par de telles adhérences (Rokitansky et Klob). Dans un travail récent de Ruppolt (*Arch. f. Gyn.*, Bd XLVII), il est fait mention d'un cas dans lequel l'extrémité utérine de la trompe avait été séparée de la partie abdominale et l'ovaire sectionné en deux. Dans une des portions de cet ovaire, un kyste dermoïde s'était développé, qui avait fourni l'indication à opérer. Dans ce cas existaient des adhérences entre l'épiploon et le point où la trompe avait été séparée. L'auteur admet dans ce cas une péritonite intra-utérine, mais il est impossible d'affirmer qu'elle n'a pas pu être produite par une péritonite pendant la vie extra-utérine, alors même que l'histoire de la malade ne contiendrait aucune donnée dans ce sens.

A priori, il est très probable que, dans mon observation, le détachement, la section de la trompe droite à son extrémité utérine a été l'effet d'une péritonite localisée. On trouve encore les restes de cette péritonite dans l'occlusion de l'extrémité abdominale de la trompe droite, et dans les pseudo-membranes de la paroi postérieure de l'utérus, de l'ovaire, etc. (V. plus haut). On a vu également l'amputation de la trompe succéder à la *formation de tumeurs de l'ovaire* et à l'hypertension de la trompe qui concourt à la formation du pédicule de la tumeur ovarique. J'ai observé un fait de cet ordre au cours d'une opération pour un kyste dermoïde de l'ovaire droit; la trompe ne formait qu'un très petit moignon, finissant en un très petit cône fermé. Mais dans le cas actuel, il n'y avait pas de tumeur de l'ovaire.

Il est encore possible que dans sa migration, en accompagnant l'utérus gravide, la trompe gauche se soit élevée, que là elle ait été fixée par des adhérences, et qu'au moment de l'involution utérine, elle n'ait pas pu obéir à ce mouvement de descente, qu'elle ait été par suite distendue et finalement rompue près de l'utérus, qu'elle existe encore ou bien qu'elle ait été résorbée.

Si nous revenons à l'examen de la partie droite de la pièce pathologique, nous y trouvons, ainsi qu'il a été marqué plus

haut, la démonstration évidente de l'existence d'une péritonite à un moment donné (occlusion de l'extrémité tubaire abdominale, adhérences). Constatation qui fortifie l'hypothèse que la rupture de l'extrémité utérine de la trompe droite a été produite par les adhérences péritonitiques. Mais, ici, un autre point est à examiner : la présence d'un *hématosalpinx*. L'examen microscopique du sac montre nettement qu'il ne s'agit pas d'une inflammation hémorrhagipare de la paroi du sac, mais bien d'une simple infiltration hémorrhagique de la paroi d'un hydrosalpinx. Quelle circonstance a donné lieu à cette infiltration hémorrhagique ? Pour élucider ce point, il convient de prendre en considération les résultats d'un travail de Praeger (*Arch. f. Gyn.*, Bd LVIII).

Ce travail contient la relation de 32 cas dans lesquels il y a eu torsion du pédicule de la tumeur tubaire. Il y est, en outre, clairement démontré qu'une semblable torsion du pédicule peut aboutir à l'infiltration hémorrhagique, quelquefois même à la nécrose hémorrhagique, et aussi qu'en conséquence de cette torsion du pédicule de la tumeur tubaire, l'oviducte peut être tordu au point de se rupturer (amputation tubaire spontanée). Dans les 2 cas rapportés par Von Herff et Hirst, la trompe a été complètement divisée au niveau du nœud de torsion.

Est-il impossible que dans notre cas la trompe ait été séparée par une semblable torsion de son pédicule ? Le très petit volume du pédicule de l'hématosalpinx militerait assurément en faveur d'une semblable torsion du pédicule. Mais bien qu'une pareille étiologie suffirait à rendre le cas exceptionnellement intéressant, je me vois forcé d'écarter cette hypothèse. En effet, les symptômes observés, symptômes d'un état inflammatoire aigu, pelvien, précédant de peu l'intervention, et qui accompagnent habituellement la torsion du pédicule d'une tumeur tubaire, l'état du pédicule, les constatations microscopiques faites sur la trompe, qui établissent la formation récente de l'hématosalpinx, autant de particularités qui obligent à admettre que l'infiltration hémorrhagique de la paroi tubaire se produisit récemment, tandis que l'état du moignon et l'occlusion de

l'extrémité abdominale témoignent qu'il s'agit là de processus de date ancienne. Aussi, s'il n'est pas douteux pour moi que le pédicule du sac tubaire a subi, au moment où la femme s'est trouvée malade, la torsion, je n'accepte pas cependant que l'amputation de l'oviducte ait été l'effet de cette torsion. J'incline plutôt à penser que la trompe droite et la trompe gauche ont été rupturées à la suite d'une péritonite avec formation de pseudo-membranes, ayant entraîné comme autres conséquences l'oblitération de la trompe droite à son extrémité abdominale et la production d'un hydrosalpinx à très fin pédicule. Consécutivement, le pédicule subit la torsion, origine de l'infiltration hémorrhagique et des phénomènes aigus qui nécessitèrent l'intervention.

Au sujet du *traitement* adopté, on peut se demander si le traitement radical était justifié ou s'il n'eût pas été préférable d'essayer la méthode conservatrice? Grâce à l'ingéniosité de notre président, le Dr T.-J. Watkin, nous sommes en possession d'une opération qui nous permet d'unir la portion isthmique de la trompe à l'utérus, quand les deux organes ont été séparés, soit au cours d'un acte chirurgical, soit à la suite de processus pathologiques. On aurait pu dans ce cas tenter une salpingo-utéro-anastomose J'aurais pu ouvrir l'extrémité abdominale de la trompe, donnant ainsi issue à son contenu ; sectionner l'extrémité utérine de l'hémato-salpinx, exciser le moignon tubaire, taillant la corne utérine jusqu'à la cavité de l'utérus, et insérant l'oviducte dans la matrice. Mais, comme j'avais affaire à un utérus infecté et à une trompe enflammée de l'asepsie de laquelle je n'avais aucune certitude au moment de l'opération, je me décidai pour les mesures radicales. En tout cas, si j'avais tenté la méthode conservatrice, il m'eût fallu fournir la trompe droite d'un pédicule meilleur pour assurer sa nutrition et pour prévenir une nouvelle torsion. Bien que ce soit pour le chirurgien un objectif plus séduisant de ramener des organes altérés par des processus pathologiques à leur fonction normale que de les supprimer, je n'ai pas eu la tentation de restaurer un appareil sexuel féminin devenu, par des altérations pathologiques, un danger pour la santé de la femme.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — SERVICE DE M. LE Dr PORAK.

Étranglement du cordon ombilical par une bride amniotique qui formait autour de lui trois tours et un nœud.

Par **A. Couvelaire**,
Interne des hôpitaux (1).

Il s'agit d'une femme de 39 ans, VIIpare. Ses six premiers accouchements se sont terminés spontanément par l'expulsion à terme d'enfants vivants. Cette femme a toujours été bien portante.

Sa 7e grossesse a évolué sans incident. Ses dernières règles datent du 20 juin 1899. Pas d'albumine dans les urines.

Le 12 mars 1900, à 1 heure du matin, début du travail et rupture précoce des membranes. A 8 h.30, la dilatation est complète et à 8 h.33, elle expulse spontanément, après un travail de sept heures et demie, un enfant masculin pesant 3,850 grammes, long de 55 centim., qui s'était présenté en O. I. D. P.

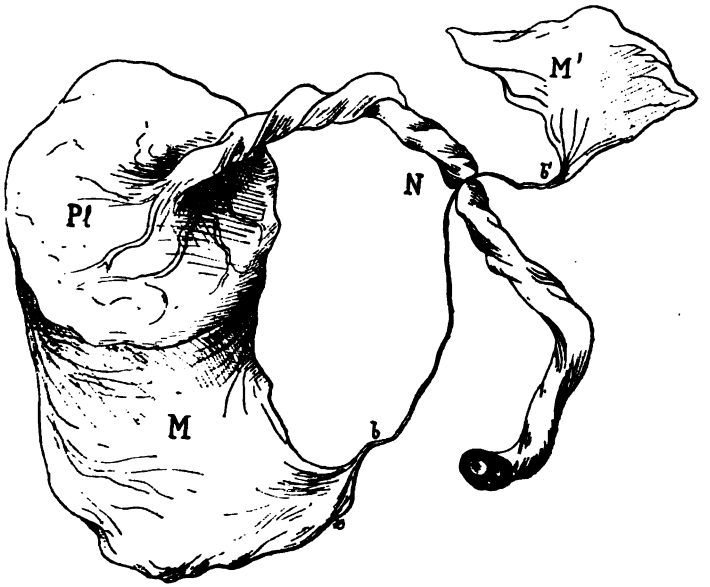
Lors de l'entrée de cette femme à la Maternité, le 12 mars, à 3 h.1/2 du matin, on n'entendit pas les bruits du cœur fœtal. L'enfant vint au monde frais mort, non macéré, ne présentant que quelques décollements de l'épiderme sur les membres et la cage thoracique. L'enfant n'était pas recouvert de méconium. Son autopsie ne révéla aucune lésion macroscopique.

Le délivre n'est pas recouvert de méconium. — Le placenta circulaire, macroscopiquement normal, pèse 750 grammes. Le sac membraneux est incomplet; la moitié seulement du bord placentaire donne insertion à un grand lambeau membraneux comprenant l'amnios, le chorion et la caduque. De l'un des bords de ce lambeau part un mince tractus long de 18 centim. formé par de l'amnios, qui va s'enrouler

(1) Ce cas a fait l'objet d'une communication à la *Société anatomique*, mars 1900.

et se nouer autour du cordon et, poursuivant sa route sur un trajet de 5 centim., se continue directement avec un lambeau membraneux désinséré, libre, constitué par de la caduque, du chorion et de l'amnios.

Le cordon est gros, gras, œdématié; il est long de 51 centim.; ses diamètres moyens oscillent entre 20 et 25 millim. Son insertion placentaire sans particularité est presque centrale. A 20 centim. du pla-



Pl. Placenta. — *M.* Lambeau membraneux inséré sur le bord placentaire. — *M.* Lambeau membraneux désinséré. — *bb'.* Bride amniotique faisant en *N*, autour du cordon qu'elle étrangle, trois tours et un nœud.

centa siège l'étranglement produit par la bride amniotique; en ce point le diamètre du cordon est réduit à 7 millim. La bride amniotique est à ce niveau enroulée trois fois autour du cordon et présente sur le tour le plus superficiel un nœud.

Au-dessus et au-dessous de cet étranglement, et, d'une façon égale, les vaisseaux ombilicaux sont ectasiés, en particulier, la veine ombilicale dont le diamètre atteint 10 millim.

Une injection d'eau a été poussée dans les deux bouts de la veine ombilicale, après section de l'insertion placentaire de ce cordon. Le

liquide a franchi l'étranglement, mais il a fallu exercer une forte pression.

Une ligature serrée à la soie a été posée sur le trajet du cordon. Le

liquide de l'injection a passé, mais avec une forte pression, comme au niveau de l'étranglement.

Cette ligature serrée a été laissée en place pendant six heures. En la dénouant le sillon est resté quelques instants bien apparent, mais n'a

pas tardé à s'effacer. Le sillon d'étranglemnt par la bride a persisté au contraire lorsque le nœud a été levé.

En résumé, chez un fœtus bien développé, mort brusquement pendant le travail, nous avons trouvé le cordon étranglé par une bride inter-amniotique, formant autour de lui trois tours et un nœud. L'étranglement, sur la pièce étudiée après la délivrance, était suffisant pour entraver la libre circulation des liquides dans les vaisseaux du cordon.

Les faits de ce genre ne sont pas très fréquents. Nous avons retrouvé trois observations présentant avec la nôtre quelques analogies. Deux appartiennent au professeur Braun, de Vienne ; une à nos maîtres Pinard et Varnier.

En 1854, Braun (1) publiait dans un travail sur les rapports des amputations congénitales et des brides amniotiques une courte note relative à un cas observé par lui à la Clinique obstétricale de Vienne. L'enfant expulsé à terme fit quelques inspirations et mourut. L'autopsie fut négative. A un pied de l'anneau ombilical, sur une étendue de 3 lignes, existait un entremêlement de nouures et de brides qui allaient se terminer sur la surface lisse de l'amnios. Braun ajoute que depuis le lieu de l'étranglement jusqu'au placenta le cordon était dépourvu de sa gaine et il pense que la bride amniotique a été formée par le détachement partiel de la gaine amniotique du cordon.

Cette conception théorique d'un décollement partiel de l'amnios aboutissant à la formation d'une bride, Braun la reprend plus tard en 1861 (2), à propos d'un second cas observé par lui sur un fœtus qui avait succombé peu de temps avant le terme. Le cordon était entouré depuis son insertion placentaire jusqu'à 5 pouces de l'ombilic d'une bande amniotique dont les tours

---

(1) BRAUN. Ueber spontane Amputationen des Fœtus und ihre Beziehungen zu den amniotischen Bændern. *Zeitschrift der Gesellschaft der Aertze zu Wien*, 1854, p. 185.

(2) BRAUN. *Oesterreichische Zeitschrift f. prakt. Heilkunde*, 1861. Analyse in *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 238. Nous n'avons pu retrouver le texte original.

avaient étranglé complètement les vaisseaux ombilicaux. Cette bande déroulée, on reconnut qu'elle se laissait étaler et se continuait avec le revêtement amniotique du cordon.

Braun pense que ce décollement a dû être opéré par une collection séreuse interchorio-amniotique et que la torsion aura été opérée ensuite par les mouvements actifs du fœtus après une rupture préalable de la membrane amniotique.

L'hypothèse proposée par Braun, si ingénieuse qu'elle soit, est trop théorique pour que nous nous attardions à la discuter. N'avons-nous pas d'ailleurs, si nous voulons formuler une hypothèse, la possibilité de rattacher ces brides aux brides amniotiques vulgaires que les expériences de Dareste ont fait considérer comme le résultat de malformations ou de processus pathologiques de l'amnios.

Mais revenons au terrain solide, à la constatation de faits précis.

Pinard et Varnier (1), dans leurs *Études d'anatomie obstétricale*, figurent et décrivent une bride amniotique enserrant le cordon d'un fœtus mort pendant la grossesse. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire chez une IIIpare qui accoucha neuf mois après ses dernières règles. Le premier fœtus, pesant 2,220 grammes, fut expulsé vivant. Avec le délivre vint un deuxième œuf macéré renfermant un fœtus dont la macération semblait remonter à six semaines. Les mains présentaient des malformations digitales consistant en amputations du médius et de l'annulaire droits, du médius gauche réduits à l'état de moignons. « Quant à l'annulaire (droit), il est étiré par une bride qui se continue directement avec son revêtement épidermique et va, après un trajet de 4 centim. environ, se confondre en s'effilant avec la gaine amniotique du cordon. Avant cela la bride forme autour d'une anse de cordon un nœud très serré qui l'étrangle au point de la rendre filiforme. »

Dans ce cas de Pinard et Varnier la bride amniotique qui enserrait le cordon était donc fœto-funiculaire.

---

(1) PINARD et VARNIER. *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, p. 56 et planche XXVII.

Il résulte de tous ces faits que le cordon ombilical peut pendant la grossesse, *in utero*, être ligaturé par des brides amniotiques.

C'est là le seul point sur lequel nous voulons attirer l'attention de la Société. Nous réservons de parti pris la question des conséquences de ces étranglements sur la vie du fœtus. La question est trop complexe pour pouvoir être scientifiquement traitée avec le peu de documents que nous possédons.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'EMPHYSÈME UTÉRIN
ET DE LA SEPTICÉMIE GAZEUSE PUERPÉRALE

D'après **J. Halban** (de la Clinique de Schauta).

Depuis l'observation fameuse bien qu'incomplète de P. Ernst d'Heidelberg (1892) et les attentives études bactériologiques de Krönig, on entrevoit le rôle des anaérobies obligées dans la putréfaction fœtale intra-utérine et dans les toxi-infections toujours graves et souvent mortelles qui suivent cette complication du travail de l'accouchement, en particulier dans la septicémie dite gazeuse caractérisée : 1° par la perception pendant l'agonie d'une crépitation gazeuse dans les parois utérines et même abdominales ; 2° par l'envahissement *post mortem* très rapide de l'appareil vasculaire par des gaz putrides (1).

Les recherches de Göbel et de Dobbin (1896-97) ont attiré l'attention sur le rôle pathogène *probable* dans ces cas d'un microbe anaérobie obligé, isolé et décrit en 1892 par Welch et Nutall (dans les bulletins du John Hopkins hospital) sous le nom de *bacillus aerogenes capsulatus* et ressemblant, à s'y méprendre : 1° au bacille incriminé dans le cas de P. Ernst, 2° au bacille expérimenté par Krönig et retiré du liquide amniotique putréfié d'une accouchée fébricitante ; 3° au *bacillus*

(1) Doléris a publié récemment (*La Semaine médicale*, août 1899, p. 289) une observation typique de cette forme clinique d'infection puerpérale. Il y manque malheureusement la recherche et la culture des anaérobies.

phlegmonis emphysematosæ décrit jadis par E. Frænkel dans ses études sur le phlegmon gazeux. Göbel propose de les réunir sous le nom de *bacillus emphysematis*.

Les rares documents positifs recueillis jusqu'à présent sur cette question ont été réunis par Varnier dans le chapitre de critique historique qu'il consacre, dans son « Obstétrique journalière », aux infections anaérobies, à la septicémie gazeuse et au bacillus aerogenes (1). Il y constate — et le lecteur que nous lui renvoyons y pourra constater après lui — les grandes lacunes qui restent à combler à ce sujet. « Il y a là, dit-il, on le pressent, un vaste champ d'étude pour l'avenir. Je n'ai voulu qu'en esquisser les grandes lignes et laisser entrevoir le compromis qui tend à s'établir entre les données anciennes de Gebhard (rôle, aujourd'hui contesté, du coli-bacille dans la tympanite utérine) et celles plus récentes des bactériologistes américains (existence *possible* d'une espèce aérobie du bacille aerogenes capsulatus simulant le bactérium coli et pouvant *pendant la vie* envahir les vaisseaux sanguins).

La rareté des bonnes observations capables de faire progresser les notions encore très vagues que nous possédons sur ce sujet nous incite à rapporter *in extenso* un fait d'emphysème utérin et de septicémie gazeuse bien étudié par J. Halban à l'occasion du jubilé de Schauta.

Ce qui en fait la valeur, c'est que le *bacillus emphysematis, alias* aerogenes, retrouvé post mortem dans le sang spumeux des principaux viscères, a pu être isolé en culture pure des lochies recueillies (*pendant la vie*) le deuxième jour des suites de couches, et qu'inoculé sous la peau de cobayes, il a reproduit sur eux la septicémie gazeuse.

*
* *

Voici le fait rapporté par J. Halban. Nous le reproduisons *in extenso* à cause de sa rareté et de son intérêt.

---

(1) H. Varnier. La pratique des accouchements. *Obstétrique journalière*. Paris, 1900, G. Steinheil ; p. 381 à 397.

Observation. — X..., 41 ans, reçue le 31 mai 1898 à la Clinique de Schauta.

Antécédents : toujours bien portante jusqu'en 1893. A ce moment, constatation d'une tumeur ovarique, pour laquelle on l'opère à la clinique de Schauta. Depuis, santé bonne.

Accouchements antérieurs : 1° accouchement en 1888, spontané, enfant vivant. *Délivrance manuelle;* suites de couches apyrétiques ; 2° en 1893, avortement à 2 mois, suites apyrétiques ; 3° accouchement en 1894 (à la clinique de Schauta). Présentation des pieds, prolapsus du cordon, extraction du fœtus. Trois heures après, *extraction manuelle du placenta très adhérent*, suites apyrétiques; 4° grossesse actuelle : en juillet, août et septembre 1897, menstruation très faible ; en octobre, hémorrhagie très abondante ; depuis, plus de menstruation. Perception des premiers mouvements du fœtus, le 12 décembre 1897. Entrée à la clinique le 31 mai, vers 11 heures et demie le matin, la sage-femme ayant en ville diagnostiqué une présentation transversale. Rupture de la poche des eaux le même matin vers sept heures, avec un écoulement abondant de liquide amniotique. La femme déclare que depuis la veille elle a de la *diarrhée*.

État actuel. — Femme fortement constituée, saine ; nutrition bonne. T. 37°,1 ; P. 72. Utérus ovalaire et transversal ; fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Tête fœtale à gauche, siège à droite, dos en avant ; bruits du cœur fœtal forts, vers l'ombilic, environ 120 à la minute.

Col long de 4 centim., admettant un doigt ; pas de partie fœtale accessible, poche des eaux rompue, liquide amniotique écoulé.

Bassin : D. S. p ; 28 ; D. C., 30 ; D. T., 32° ; Conj. diag. 11, 8 ; Conj. vrai, 9 centim ; D. Tr. du détroit inférieur, 11 centimètres.

En raison de la présentation transversale, de la perte des eaux, quatre heures auparavant, de la faiblesse des contractions, de la longueur du col, et pour éviter les conséquences de la présentation du tronc négligée, on se résout à l' « *accouchement forcé* ».

Application d'un colpeurynter qu'on remplit avec une solution de lysol ; au tube du colpeurynter, on attache un poids d'un kilogramme qui exerce une traction continue. Activité utérine faible, le colpeurynter n'est expulsé que le soir vers 10 heures et demie. L'orifice externe, immédiatement après, admet quatre doigts, l'interne seulement deux. La cavité cervicale mesure encore 3 centim. La femme est chloroformisée ; on fait la version à la Braxton Hicks, et l'on abaisse un pied au-

quel on attache un poids d'un kilog. pour exercer une traction continue. Le siège n'apparaît que vers 3 heures du matin. Intervention très laborieuse : les bras sont relevés et leur dégagement est très pénible. Également, le dégagement de la tête s'accompagne de tant de difficultés, malgré une sténose modérée du bassin, que devant l'échec des manœuvres de Mauriceau et de Wigand-Martin, on procède à la perforation de la tête dernière, avec d'autant moins d'hésitation que le fœtus a déjà succombé. Après l'extraction de l'enfant, hémorrhagie. *Délivrance manuelle*, au cours de laquelle on constate des adhérences fibreuses vers le fond de la matrice. Injections chaudes au lysol. Cessation de l'hémorrhagie. Une exploration consécutive permet de constater l'intégrité de l'utérus, du col et du vagin.

Enfant (une fille) à terme, du poids de 2,600 grammes sans la substance cérébrale ; longueur, 51 centimètres.

1er juin. La femme réveillée se sent bien. L'après-midi, T. 37°,9 ; P. 140 ; malgré la fréquence excessive du pouls, l'accouchée se sent très bien ; aucune sensibilité du ventre.

Le 2. Le *matin*, pouls toujours fréquent, 120, il est petit et mou. T. 37°,9. La femme se sent bien.

Signes objectifs : Coloration *ictérique* légère de la peau et des conjonctives. L'abdomen est fortement distendu, par gonflement de l'utérus, comme un ballon. Il atteint à trois travers de doigt du nombril, et, sur les côtés, dépasse en dehors d'un travers de doigt la ligne axillaire, Son volume correspond à celui d'un utérus gravide de sept mois. La consistance est molle ; il n'y a pas de sensibilité anormale, mais, *au niveau de toute la masse utérine, la percussion donne un son essentiellement tympanique.*

La première idée fut qu'il s'agissait d'une accumulation de gaz *in utero*, causée sans doute par une occlusion accidentelle du col. Mais l'examen démontra qu'il n'existait rien de tel : le col était ouvert, la cavité cervicale libre, et un tube poussé jusqu'au fond de l'utérus ne donna issue qu'à quelques fines bulles de gaz.

Vagin et portion vaginale du col présentaient une coloration mauvaise, verdâtre ; il se dégageait en outre des organes génitaux une odeur insupportable.

Sécrétion utérine peu abondante et séreuse. Il en fut recueilli avec toutes les précautions nécessaires pour un examen bactériologique.

Diagnostic : l'examen ayant permis d'exclure la physométrie utérine,

Schauta conclut à un DÉVELOPPEMENT DE GAZ DANS LA PAROI MÊME DE LA MATRICE.

Poumons, cœur normaux. Matité splénique ordinaire. Le foie s'étend du bord supérieur de la cinquième côte au rebord des fausses côtes.

Le 2, *soir*. T, 37°,6 ; P. 148. Dyspnée légère. Utérus gonflé comme le matin, rendant un son nettement tympanique ; sensibilité légère à la pression. Prescription : teinture de strophantus, XX gouttes et, 3 fois par jour, teinture de digitale XX gouttes ; en outre, seigle ergoté en poudre, 30 centigr.

Le 3. Abattement, *Matin :* T. 37° ; P. 150. *Ictère* assez *accentué. Hyperesthésie* de la peau sur tout le corps. Utérus non modifié. Il ne fut pas constaté d'émission de gaz par le vagin. Vers 1 heure 3/4 de de l'après-midi, *frisson*. T. 39°,1, puis retour à la normale.

L'après-midi, on constate à la palpation de l'abdomen une *crépitation* spéciale, siégeant dans la profondeur, comparable à celle que l'on sent quand on presse entre les doigts une portion de poumon contenant de l'air ou une boule de neige.

Cet *emphysème* siège non dans le tissu sous-cutané, mais plus profondément : on peut plisser et frotter la peau sans le constater. Il ne devient net que si l'on presse la paroi abdominale contre la surface de l'utérus, en sorte qu'il doit siéger *à la surface utérine ou sous la séreuse de la paroi abdominale*. La sensibilité de l'utérus à la pression est un peu plus accusée, la dypsnée augmente. Lochies peu abondantes, un peu sanguinolentes, fétides. Dans le sang, leucocytose notable ; pas d'augmentation du nombre des cellules éosinophiles et mononucléaires. Pas de méthémoglobine.

Urine : trouble, ictérique, contient de l'albumine, du sucre, de l'urobiline, des matières colorantes de la bile (traces). Indican, en faible quantité.

Pour la raison que la sécrétion prise dans le col contenait des streptocoques, injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique de Marmorek (25 centim. cubes en tout). *Prescription :* teinture de strophantus et teinture de digitale àà XV gouttes, 3 fois par jour.

Le 3. Sommeil très agité. Somnolence légère. T. 36°,9 ; P. 120. Pas d'œdème. Depuis cette nuit, *plusieurs selles liquides*, contenant de nombreux flocons de mucus. Le microscope y décèle beaucoup de graisse amorphe, de nombreux leucocytes, des bactéries nombreuses, des résidus décolorés, pas d'éléments épithéliaux, pas de filaments graisseux.

Ictère plus intense. Abdomen non modifié. *Emphysème* plus accusé; on le constate maintenant en plissant la peau. Bruits du cœur purs.

Matité splénique un peu augmentée, allant de la huitième côte jusqu'à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, mais ne dépassant pas sur les côtés les limites ordinaires.

Après-midi, T. 36°,9 ; P. 150. Hoquet léger; dyspnée vive. Resp. 60. Perte de la conscience. Il est visible que la malade se meurt vers le soir, pouls à peine perceptible. Vers onze heure de la nuit, *mort*.

L'autopsie ne put être faite que 10 heures après la mort; jusqu'à ce moment, le cadavre fut conservé dans la glace.

La peau est colorée en jaune ; à la partie inférieure de l'abdomen et sur les extrémités inférieures, plaques cadavériques livides, assez nombreuses. Rigidité cadavérique disparue. Face un peu œdématiée, très jaune ; conjonctive et muqueuses également jaunes, pupilles très dilatées, égales, mamelles bien développées, ventre très œdématié, mesurant 103 centim. de tour. Sur la paroi abdominale, vergetures. Aux parties génitales externes, eczéma. Aux extrémités inférieures, pas d'œdème. En certains points, veines superficielles très saillantes. Au niveau du coude gauche, ecchymose sous-cutanée (ponction veineuse). Le cuir chevelu, dans sa portion postérieure, très congestionné et œdématié. Boite crânienne : D. longitudinal, 16 centim. et demi ; D. transverse maximum, 15 centim. ; circonférence, 49 centim. ; épaisseur, 7 millim. ; portion spongieuse conservée. Face interne du crâne lisse, sillons vasculaires profonds, sutures conservées. Dure-mère bien tendue, assez vascularisée, sa face interne lisse, brillante. Les fines enveloppes de l'encéphale ne sont épaissies ni à la base ni vers la convexité, elles sont très infiltrées. Les vaisseaux à la base ont des parois délicates. *Quand on les sectionne, de partout se dégagent, en même temps que le sang, des bulles gazeuses.* Couche corticale uniformément épaisse, couche médullaire fortement imbibée, et semées de taches hématiques punctiformes, peu abondantes. Ventricules non dilatés, ne contenant qu'une médiocre quantité de liquide coloré en rouge. Épendyme mince, lisse ; cervelet, protubérance, moelle, et appareil ganglionnaire, normaux. A la coupe du tissu connectif sous-cutané et graisseux de la paroi thoracique antérieure, *des gaz se dégagent en sifflant.* Le même phénomène se produit à la section des vaisseaux : en soulevant les plis de la peau au niveau de l'abdomen on constate sur tous les points de la *crépitation. Le tissu connectif sous-cutané et le pannicule graisseux sont remplis de bulles gazeuses.*

A l'ouverture de la cavité abdominale, des gaz très fétides s'échappent bruyamment. Dans le ventre, on trouve une quantité médiocre de liquide coloré, mêlé de fibrine et de flocons de pus. Il y a de la fibrine et des masses exsudatives suppurées en assez grande quantité au niveau de la paroi utérine antérieure tournée vers la droite et au niveau du péritoine dans la région inguinale droite. Thyroïde un peu augmentée de volume, uniformément granuleuse et jaunâtre; amygdales non hypertrophiées, œdémateuses, rouge sombre. Muqueuse du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage très œdématiée, rouge sale, en certains points fortement jaunâtre. Dans les deux cavités pleurales, pas de gaz libre; les deux poumons libres, un peu ballonnés vers leur partie antérieure, très œdématiés, et très congestionnés au niveau du lobe inférieur; en certains points, le tissu pulmonaire est fortement coloré en jaune. La plèvre viscérale est fine et lisse. Péricarde lisse; dans la poche péricardique un peu de liquide très sanguinolent. Cœur un peu gros, assez chargé de graisse. Ventricule gauche en systole, le droit au contraire flasque. A la pression, *crépitation gazeuse dans l'oreillette droite*. A la surface du cœur, vaisseaux d'aspect rouge bleuâtre, remplis évidemment de sang liquide et de vésicules de gaz. Ventricule gauche libre; dans l'oreillette gauche, quelques rares caillots fibrineux; ventricule droit presque vide, dans l'oreillette droite, nombreux caillots fibrineux avec du sang liquide, sombre et mêlé de *bulles de gaz*. Appareil valvulaire lisse, fonctionnant bien. Myocarde friable, décoloration jaunâtre.

Foie très augmenté de volume, capsule lisse. Surface unie, bords un peu mousses, face inférieure et lobe gauche verdâtres. A travers la surface, on aperçoit dans le tissu hépatique des vésicules de gaz nombreuses, à peu près du volume d'un pois. A la coupe, *le foie paraît uniformément parsemé de bulles gazeuses, grosses et petites*. Son tissu est fortement coloré en jaune; en quelques points, il est vert bleuâtre. La vésicule biliaire est tendue et remplie d'une bile de couleur foncée et visqueuse.

La rate donne aussi la sensation de *crépitation*. Sa surface est lisse, la capsule mince, la pulpe très vasculaire et pleine de bulles de gaz qui éclatent à la coupe.

Reins très volumineux, mous, friables; la capsule s'enlève aisément; la surface est lisse, remarquablement pâle. A la coupe, la substance corticale paraît plus large, blanc jaunâtre, et elle se différencie de la substance médullaire parce qu'au niveau de celle-ci le tissu rénal est

rouge bleuâtre (comme par imbibition de putréfaction), coloration qui, par traînées, se prolonge dans la corticale et dans les colonnes de Bertin. Des vaisseaux du rein sectionnés s'échappent, avec du sang brunâtre, *des bulles gazeuses*. Muqueuse des bassinets et des calices infiltrée. Paroi de l'estomac très tuméfiée, remplie de masses jaunâtres assez abondantes ; muqueuse verdâtre par places.

Dans l'intestin grêle, faible quantité de masses chyleuses, en bouillie, jaunâtres; muqueuse un peu sombre, pas autrement altérée.

Dans la vessie, une petite quantité d'une urine trouble, rougeâtre. Muqueuse traversée, vers la paroi postérieure, de tractus sanguins, rouge-clair.

Grandes lèvres œdématiées ; orifice du vagin et vagin couverts d'une sécrétion de couleur sale. Au niveau de la colonne rugueuse postérieure, à 3 centim. environ de l'insertion de l'hymen, une poche irrégulière, d'un diamètre de 1 centim. environ, proéminente et contenant un liquide séro-sanguinolent.

Utérus : diamètres maxima, 26; 24; 12. Avec les parties génitales, pèse 4,650 grammes. Sa portion vaginale et sa portion cervicale antérieure sont complètement transformées en un tissu nécrotique. Sa surface externe est verdâtre. Son revêtement séreux est semé de parties opaques, légèrement surélevées, longues de 2 à 3 centim., multiformes, la plupart longitudinales, qui traversent presque toute la séreuse. Cavité utérine libre; endométrium, musculeuse et séreuse sont transformés en un tissu friable, très œdématié, *crépitant à la pression*, de couleur rouge sombre et d'aspect uniforme, dans lequel on aperçoit de petites cavités qui proéminent vers la cavité utérine, sous forme de *vésicules, grosses et petites, qui dégagent des gaz à la coupe*. L'épaisseur de l'utérus atteint jusqu'à 7 centim. Vers la corne gauche, la paroi utérine paraît considérablement amincie, et présente des masses mal colorées, déchiquetées, nécrotiques. Les trompes sont peu congestionnées ; sauf cela, comme les ovaires, elles sont normales. Paramétrium, tissu connectif et adipeux très infiltrés, par places imbibés de sang. L'utérus, mis dans l'eau, *surnage*.

L'*autopsie* établit donc l'exactitude du diagnostic. Il s'agissait bien, en réalité, d'une production de gaz dans la paroi de l'utérus. Et non seulement dans cette paroi, mais aussi dans le tissu sous-cutané, dans la graisse sous-cutanée : partout s'ob-

tenait la crépitation emphysémateuse. De chaque vaisseau ouvert s'échappaient des bulles de gaz. Le cœur, particulièrement le ventricule droit, donnait aussi la crépitation. Dans la cavité abdominale, il y avait un exsudat suppuré, abondant. Le foie et la rate présentaient l'aspect typique des organes à contenu spumeux, c'est-à-dire, qu'à la coupe s'échappaient de la surface de section des bulles de gaz, que le tissu était forcé et déchiré par la formation gazeuse.

L'utérus, énormément augmenté de volume, occupait presque toute la cavité abdominale et présentait une coloration verdâtre. Sa cavité ouverte, il ne s'en échappa pas de gaz. Les parois utérines étaient considérablement épaissies, non par une hypertrophie vraie du tissu, mais du fait de sa distension et de sa dissociation par la production gazeuse. L'endomètre était transformé en une masse sale.

Quelle était la CAUSE de ce processus? Très vraisemblablement, des *bactéries*. — Et, d'après les notions déjà acquises sur les agents des infections avec production de gaz, des *bactéries anaérobies*.

*
* *

Recherches bactériologiques.— Halban utilisa non seulement les éléments recueillis après la mort, mais il examina pendant la vie les lochies, le sang, les selles.

Lochies, recueillies le deuxième jour des suites de couches.

a) Préparations sur lamelles (réactifs colorants : fuchsine et Gram).

Résultats : quantité de bacilles et de cocci de formes diverses. Dans le nombre, des bacilles grands tantôt isolés, tantôt disposés en courtes chaînettes, de la longueur et de l'épaisseur du bacille charbonneux (se colorant par le réactif ordinaire à l'aniline et par le Gram). Souvent, 2 à 3 de ces bacilles sont très rapprochés et disposés parallèlement suivant leur grand axe.

b) *Cultures aérobies à l'agar, sur plaques :*

Résultats : staphyloc. aureus ; streptoc. pyogenes ; bacterium-coli.

c) *Culture anaérobie*, faite d'abord dans de l'agar sucré à 1 p. 100, et à couche profonde (Liborius). L'agar sucré, fondu par l'ébullition, fut refroidi à 40° et ensemencé avec une très petite quantité de lochie, celle-ci étant bien mélangée par secousses. Déjà deux heures après, on pouvait constater une *formation abondante de gaz*, qui alla en augmentant si activement, qu'après quelques heures l'agar était complètement dissocié, et que le bouchon d'ouate sautait. Il s'accumula au fond de l'éprouvette une bonne quantité d'eau de liquéfaction trouble. Une préparation sur lamelle avec ce liquide de liquéfaction, donna en culture, presque pure, *les grands bacilles constatés sur la préparation sur lamelle avec le liquide lochial.*

On réussit aisément, par un autre ensemencement sur un tube de Liborius, à obtenir une culture tout à fait pure du bacille gazogène, parce qu'en raison de son accroissement rapide il étouffa rapidement les autres bactéries présentes dans les lochies. Il est plus facile encore d'obtenir une culture pure, en portant l'ensemencement primitif à 75° pendant 10 minutes, ce qui tue les cocci et bacilles moins résistants, tandis que le bacille gazogène résiste (Hitschmann et Lindenthal) (10).

Le bacille obtenu en *culture pure* fut alors, pour le mieux déterminer, étudié par les procédés ordinaires (influence des réactifs colorants, des milieux nutritifs ordinaires, réactions des animaux inoculés).

Ce bacille est tout à fait identique avec le bacille producteur de gaz — *bacillus emphysematis* — décrit déjà plusieurs fois et dont la morphologie et la biologie ont été étudiées, entre autres chercheurs, par E. Fränkel (12), Welch et Nutall (13), Ernst, Krönig (11), et récemment, à fond, par Hitschmann et Lindenthal.

Préparations sur lamelles de cultures pures. — Le bacille a l'aspect d'un bâtonnet long, massif, de l'aspect et de la taille du bacille du charbon (4 μ environ) ; cependant il y a des individus plus petits et plus grands. Les deux pôles ne sont pas aigus comme ceux du bacille charbonneux, mais arrondis ; on ne

put constater ni la formation des spores, ni la formation d'une capsule (réactif colorant de Friedlander). Les bacilles obtenus des cultures sur agar, et mieux encore ceux obtenus des animaux, forment souvent de très longues chaînes, souvent groupées par 3 et 4 et plus, en une disposition parallèle, donnant l'aspect de hachures. Le bacille prend facilement les colorants ordinaires à l'aniline et le Gram. Dans les cultures en « *gouttelettes suspendues* » (hangende Tropfen), le bacille paraît tout à fait immobile.

Cultures pures. — Comme il s'agissait d'une bactérie rigoureusement anaérobie, on ajouta au milieu nutritif 1 p. 100 de sucre de raisin. Le développement du bacille dans l'agar sucré en couche profonde (Liborius) a déjà été décrit. L'ensemencement successif de la culture pure suivant le même procédé ne modifia d'abord aucunement le trait caractéristique. Ce phénomène prédominant, l'énorme production de gaz persista dans les premiers ensemencements. L'agar fut rompu en plusieurs segments entre lesquels du gaz (1-2 centim. c.) s'accumula. C'est seulement dans la culture âgée de quelques jours que le gaz s'évapora. Les masses séparées d'agar se rapprochèrent et ne furent plus séparées que par de petites cavités. Au fond, toujours une bonne quantité d'eau de liquéfaction grise, contenant de nombreux bacilles. Odeur de la culture rappelant celle du beurre rance.

Après des ensemencements répétés, le bacille paraît avoir perdu un peu de sa faculté aérogène : la production de gaz fut, en effet, un peu moins active. Il fut alors permis de constater nettement le développement anaérobie du bacille ; en effet, la couche supérieure de l'agar (1-2 centim. et plus) resta parfaitement stérile. Les colonies étaient surtout abondantes dans les parties profondes de l'agar. Même constatation fut faite sur les cultures par piqûre dans l'agar sucré ; en raison de la fragmentation extrêmement rapide de l'agar, la méthode de culture dans des tubes n'est pas commode pour l'étude des colonies isolées. Il fallut, en conséquence, utiliser les cultures sur plaques, pour lesquelles on se servit d'agar sucré. Au bout de

vingt-quatre heures, les colonies présentèrent une manière d'être spéciale, caractéristique. Elles n'étaient qu'en partie isolées ; d'autres, au contraire, étaient groupées, affectaient une disposition radiée, stellaire, en forme de pommes épineuses. Sur le voisinage de presque chaque groupe, parfois même de colonies isolées, s'apercevait une bulle gazeuse petite, lenticulaire. Dans ce mode de culture, la production de gaz était beaucoup inférieure à celle des cultures par secousses ou piqûre sur agar sucré. Les colonies isolées étaient assez grandes, à forme d'ovale allongé et jaune grisâtre. Au microscope, elles apparaissent nettement biconvexes, sans bords aigus. Elles sont finement granuleuses, avec un centre sombre, plus grossièrement granuleux, et renferment un pigment brunâtre.

L'accroissement à la température de la chambre est très lent. L'accroissement sur la gélatine sucrée est en général plus faible ; les colonies étaient plus petites que sur l'agar, bien que présentant au microscope les mêmes caractères. On ne constata pas de production de gaz sur la gélatine sucrée.

Dans les milieux ordinaires pour les cultures aérobies, l'accroissement fut nul. Même résultat avec le bouillon sucré ordinaire et avec les tubes de gélatine usuels. Par contre, on constata un accroissement, modéré du reste, dans la profondeur, avec production de gaz dans l'agar peptone, non sucré. Cela tient à ce que le *bacillus emphysematis* est capable de faire fermenter même les substances albuminoïdes ; que la fermentation n'est pas subordonnée, comme pour le coli-bacille, à la présence du sucre.

Action pathogène.

1° *Cobayes.* — A l'injection sous-cutanée d'une très faible quantité du liquide de liquéfaction (Condenswassers), pas de réaction notable. Au contraire, l'injection assez abondante (environ un demi-centimètre cube de liquide de condensation) a été suivie de phénomènes locaux et généraux typiques. Quatre ou six heures après, œdème au niveau du lieu de l'injection. En frottant la peau entre les doigts, on percevait une *crépi-*

tation nette, due à des bulles gazeuses sous-cutanées. Vive sensibilité à la pression. L'œdème gazeux s'accentuait, l'animal devenait tout à fait abattu et apathique, les poils, au niveau de la région inoculée, cédaient à la plus faible traction. L'œdème et la crépitation augmentaient, s'étendaient à tout le corps, en sorte que l'animal paraissait comme boursouflé. L'animal qui, déjà quelques heures après l'inoculation, paraissait sous le coup d'une maladie grave, mourait de douze à vingt heures après.

Autopsie : Au point d'inoculation et dans le voisinage, œdème clair ou sanguinolent, gélatineux. Tissu parsemé, en tous points, de bulles gazeuses. La peau était entièrement soulevée, séparée des tissus sous-jacents. Dans le liquide de l'œdème, des bacilles très nombreux. Pas d'altérations notables des organes internes.

L'inoculation intra-péritonéale amenait la mort après vingt heures environ. A l'autopsie, on trouvait une exsudation abondante dans la cavité péritonéale. D'après Hitschmann et Lindenthal, la mort ne surviendrait, à la suite de l'inoculation intra-péritonéale, qu'après que les bacilles ont également envahi le tissu sous-cutané, moment à partir duquel les accidents évolueraient rapidement. Même remarque pour l'inoculation intraveineuse.

2° *Lapins.* — Le lapin se montre doué d'une plus grande résistance. L'inoculation sous-cutanée d'une grande quantité de liquide de liquéfaction (Condenswasser) produit un état local identique à celui observé chez le cobaye. Peau tout à fait soulevée, œdème, crépitation nette après vingt-quatre heures. Mais le processus s'arrête. L'animal ne paraît pas malade. Au bout de deux jours, œdème et gaz avaient disparu; il ne restait qu'une infiltration locale qui se résorba rapidement. L'animal resta bien portant.

3° *Souris blanches.* — Mêmes phénomènes que chez le lapin. A l'inoculation sous-cutanée, réaction légère. Puis, disparition de l'œdème et des bulles gazeuses et guérison complète. Toutefois, un certain nombre de souris moururent ayant présenté les mêmes accidents que les cobayes.

Les caractères morphologiques et biologiques de la bactérie obtenue en culture pure établissent sûrement qu'elle appartient au groupe du « *bacillus emphysematis* » exactement décrit en premier lieu par E. Fränkel.

Examen des organes internes, qui présentaient des modifications tout à fait typiques. On en fit des ensemencements avec toutes les précautions désirables, et avec la matière obtenue on procéda à des cultures aérobies et anaérobies.

Les plaques aérobies (rate, foie, reins) fournirent après 24 heures des cultures abondantes de streptoc. pyogène. Le même organisme fut obtenu avec des préparations du sang, du cœur, d'exsudat péritonéal et de substance utérine.

Les cultures anaérobies faites dans l'agar à couches profondes fournirent, avec tous ces organes, un développement abondant du « *bacillus emphysematis* » avec tous ses caractères typiques, on aurait même pu se dispenser des cultures parce que sa présence nombreuse dans tous les organes pouvait déjà être décelée par les préparations sur lamelles.

Conclusion.— Il s'agissait sûrement dans ce cas d'une **infection mixte, causée par le bacille gazogène** (gaz bacillus) **et par le streptocoque pyogène.** L'importance pathogénique du streptocoque dans ce cas ressort du fait que déjà durant la vie, on put en obtenir des cultures pures avec du sang, puis, dès le troisième jour des suites de couches, dans la V. médiane cubitale (V. mediana cubiti).

C'est le 1er cas, ajoute l'auteur, dans lequel ont est réellement arrivé à obtenir des cultures pures de l'agent spécifique. Il a également une grande importance du fait que, pendant la vie, on put établir *sûrement* la formation de gaz, tandis que dans l'observation de Ernst le processus ne fut mis en évidence qu'à l'autopsie.

Examen histologique. — On utilisa des coupes de tissu pris sur les faces externe et interne et dans l'épaisseur de l'utérus. L'examen y révéla des altérations identiques à celles déjà attribuées au « *bacill. emphysematis* » (Hitschmann Lindenthal). Les fibres lisses ont sur une grande étendue perdu leur aptitude

à la coloration nucléaire. La structure est bien conservée et les fibrilles se colorent fortement et uniformément avec l'éosine. Souvent les tractus connectifs sont dépourvus de noyaux. Près des parties, de beaucoup les plus importantes, complètement dépourvues de noyaux, s'en trouvent d'autres qui possèdent plus ou moins de noyaux, mais ceux-ci étant répartis sans aucune régularité. Les parties de la musculeuse les plus voisines de la séreuse sont les mieux conservées. A ce niveau, font défaut *les bulles gazeuses, qui, autrement, sont disséminées irrégulièrement et, plus ou moins grosses, se rencontrent sur tous les points de la musculaire.*

Les leucocytes sont peu nombreux et toujours isolés entre les fibrilles musculaires. La plupart du temps, ils ont conservé leurs noyaux, même quand ils sont dans des tissus privés des leurs. L'imbibition séreuse est modérée. Dans les points où les vaisseaux cheminent dans les tissus anucléaires, pas d'érythrocytes ; par contre, on y aperçoit moins de bactéries. Dans les régions ayant conservé leurs noyaux, spécialement au-dessous de la séreuse, les vaisseaux sont dilatés et offrent des globules rouges bien conservés et se colorant bien.

Certaines coupes montrèrent des *bacilles longs et gros* qui ressemblaient entièrement à ceux vus sur plaques. Parfois isolés, parfois en amas. Parfois ils suivent en longues traînées les vaisseaux lymphatiques, fréquemment ils remplissent de petites veines. Avec l'objectif à immersion, on aperçoit souvent des cocci en chaînette, pas trop nombreux. — Les fragments pris a la face interne de l'utérus prêtent aux mêmes constatations ; toutefois, la disposition des noyaux est-elle peut-être plus accusée ; quant à la caduque, elle n'est pas reconnaissable. *Il est remarquable que le nombre des bactéries n'est pas plus grand au niveau de la couche la plus interne, qu'il est même plus faible que dans les autres couches.*

Au résumé, les altérations essentielles sont :

La nécrose de la musculaire utérine et la présence de bulles gazeuses dans les tissus, en l'absence de toute infiltration inflammatoire.

*
* *

Aperçu historique. — La littérature médicale renferme un nombre important de cas d'infection, pour lesquels on a été conduit à accorder une influence pathogénique aux micro-organismes aérogènes du groupe du « *bacillus emphysematis* » : a) phlegmons gazeux, abcès gazeux, gangrène foudroyante (Wicklein (14), Lewy (15), E. Fränkel, Welch et Flexner (16), Welch et Nuttal, Nichols (17), Adami (18), Hamilton et Yates (19), Jamison (20), Göbel (21), Hitschmann et Lindenthal), mais ces bacilles anaérobies du groupe du « *bacillus emphysematis* » jouent aussi un rôle important dans la pathologie obstétricale. On signale souvent dans les observations le « *bacillus aerogenes capsulatus* » (Welch et Nuttal) qui, d'après Göbel et Dobbin, serait identique au « bacillus emphysematis » décrit par Fränkel. S'il n'y a pas identité entre les deux organismes, ils doivent cependant, à cause de leurs caractères biologiques communs, appartenir au même groupe. De toutes les affections obstétricales dans lesquelles ces microorganismes doivent avoir une influence pathogénique, se range en première ligne : *b*) la *tympanite utérine* ou *physométrie*. Dans cette complication gravidique les accidents se dérouleraient dans l'ordre suivant : décomposition du liquide amniotique avec production de gaz puant ; aspiration du liquide amniotique, mort du fœtus ; et grâce à la mort du fœtus, action plus prolongée des microorganismes aérogènes qui, en général, sauf des conditions spéciales (quantité considérable de bacilles, amoindrissement de la résistance vitale), sont plutôt impuissants contre l'organisme vivant, et comme effet de cette action prolongée, putréfaction du fœtus *in utero*. A l'heure actuelle, contrairement à l'opinion qui mettait en cause le « *bacterium coli* » dans la production de la physométrie utérine, il reste établi qu'en général elle est due à l'activité pathogénique du « bacille aérogène » (Göbel, Dobbin, Krönig, Lindenthal). De même les bacilles aérobies ont un rôle pathogénique important dans certaines formes de l'infection puerpérale tout à fait graves, rapidement mortelles (*septicémie suraiguë*, de Wendeler), consécutives souvent à la tympanite utérine (Fasenber (35), Staude, etc.). A l'autopsie,

on constate un développement énorme de gaz dans tous les organes (organes spumeux, Schaumorgane). C'est Ernst qui, le premier, a démontré la présence de bacilles aérogènes, anaérobies, puis dans 2 cas, Gebbard et Dobbin. La dénomination, « *septicémie gazeuse* » conviendrait bien à ces cas.

Ces processus morbides — sous la dépendance de l'activité de la même espèce d'organismes, — ne sont peut-être pas tout à fait disparates, mais bien plutôt représentent des formes intermédiaires : ainsi la septicémie suraiguë succède fréquemment à la tympanite utérine, les microorganismes facteurs de la tympanite pénétrant les voies vasculaire et lymphatique. De même la tympanite utérine peut être le point de départ de l'emphysème de l'utérus et celui-ci n'être qu'un phénomène partiel de septicémie suraiguë. Dans le cas observé par l'auteur, il n'y eut pas à l'origine de physométrie. Mais si les bacilles aérogènes purent envahir l'organisme vivant et, contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, en triompher, cela tint probablement à des circonstances particulièrement favorables, qui intensifient leur nocivité :

1° *Manœuvres multiples et laborieuses* (dilatation artificielle du col, version, perforation de la tête dernière, délivrance artificielle) ; 2° *présence du streptocoque*, dont l'action pathogénique a dû favoriser celle du bacille aérogène. Dans les faits semblables de Ernst et de Wendeler (très vraisemblablement aussi dans celui de Doléris), pareille association a été constatée.

D'où venait le *bactérium aérogène*. Il habite le vagin (Krönig) et normalement l'intestin (Hitschmann et Lindenthal). Or, dans l'anamnèse, il est noté que la femme eut de la diarrhée avant et pendant l'accouchement.

Symptômes. — A ce point de vue, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une *infection mixte;* qu'en conséquence certains phénomènes relèvent du bacillus aerogenes, certains du streptocoque, d'autres enfin de l'activité associée des deux. Mais il est sûr que le phénomène prédominant, la production de gaz, est dû au premier (cultures et examen histologique le démontrent).

Un point particulièrement difficile à trancher, c'est celui de savoir si l'œdème gazeux, constaté à l'autopsie, dans les organes (foie, rate, etc.) représente un phénomène *post* ou *ante mortem*. Il est certain que l'emphysème utérin, sous-péritonéal, et celui de la paroi abdominale fut perçu pendant la vie. Mais celui des organes profonds, qui exige le transport par la voie sanguine du microorganisme *aérogène*, anaérobie obligé, a-t-il précédé le décès ? **Rien ne peut trancher positivement la question, au moins pour le fait actuel.** Il s'agit, en effet, d'une bactérie qui, les expériences l'ont établi (Welch et Nutall), envahit très rapidement les vaisseaux sanguins de l'animal mort. Or, dans le cas actuel, *l'autopsie n'eut lieu que dix heures après le décès.*

Halban passe ensuite en revue les opinions diverses émises jadis pour expliquer la présence de l'air ou de gaz dans le tissu utérin ou dans le sang. A retenir l'opinion de Cless qui, dès 1854, formulait en matière de conclusion que *le gaz trouvé dans le sang devait se former dans le sang.* Par contre, l'opinion commune attribuait la présence de l'air ou du gaz dans le parenchyme utérin ou dans les vaisseaux : a) aux effets de la contraction et du relâchement alternatifs de l'utérus, surtout quand il existe une déchirure du tissu utérin (Dohrn) ; *b*) aux variations aussi de la pression abdominale produisant une sorte d'aspiration vers les sinus ouverts (Löhlein).

Suit la relation plus ou moins détaillée de plusieurs observations où l'emphysème utérin ou généralisé fut constaté sans qu'on pût soupçonner, les notions bactériologiques faisant défaut, la cause vraie de la maladie. Le premier en date est de Dohrn (1872), très semblable à celui qui a été l'occasion du travail actuel; un de Winckel-Osterloh (5), deux de Löhlein d'emphysème de l'utérus constaté durant la vie ; puis quelques cas où l'emphysème utérin ne fut reconnu qu'à l'autopsie (Winckel (6), Winckel-Osterloh, Ernst (7), Gebbart (8), et Doléris (48). Un cas de Ramsbotham, cité par Olshausen, reste douteux par la raison que des données obtenues il est impossible de décider s'il s'agissait d'une accumulation réelle

de gaz dans le parenchyme utérin ou simplement *in utero*.

L'auteur relate plus en détail celui de Ernst, parce que, le premier, cet auteur fournit la preuve de la nature bactérienne de l'infection, et qu'il put mettre en évidence le micro-organisme spécifique de cette infection sans toutefois l'obtenir en culture pure. Il fit ses ensemencements avec le sang de la décédée. Les inoculations de ce sang déterminèrent chez les animaux un processus morbide typique, caractérisé surtout par la production énorme de gaz. Mais ce sang renfermait, outre le bacille aérogène, toute une série d'autres bactéries, en sorte qu'Ernst arriva plus par simple déduction que par démonstration rigoureuse à mettre en évidence le microorganisme, facteur vrai de la maladie.

A l'occasion du *diagnostic différentiel*, l'auteur passe en revue, en les accompagnant de la relation succincte de faits topiques, les divers états pathologiques qui peuvent prêter à confusion :

1° La *crépitation gazeuse* provient, dans certains cas, de la pénétration de l'air atmosphérique sous le péritoine, à l'occasion d'une injection soit d'air, soit de gaz : l'accident est évidemment favorisé par une déchirure du tissu utérin ; à l'occasion d'une rupture spontanée ou instrumentale de l'utérus, les faits de cet ordre sont nombreux (Olshausen, J. Swinburg (49), Kivisch (37), M'Clintock (39), Martin (40), Jolly). Il peut s'agir a) d'une *embolie d'air* (A), accident dont on possède des exemples multiples et sûrs; *b*) d'une *embolie de gaz*, celle-ci épiphénomène d'une tympanite utérine (Staude); 2° exceptionnellement, comme dans un fait observé à la Clinique de Schauta, la crépitation gazeuse sera due à la présence d'une anse intestinale, adhérant à la paroi abdominale et anormalement située en avant de l'utérus ; 3° l'erreur sera possible dans certains cas de physométrie avec putréfaction du

(A) Ces accidents, dus à l'entrée de l'air dans la circulation, sont très complètement étudiés par le Dr Roger. *Étude clinique sur le phénomène de l'entrée de l'air par les sinus utérins dans l'état puerpéral.* Paris, 1899, n° 95. — R. L.

fœtus *in utero* où, exceptionnellement, l'emphysème fœtal peut donner lieu à de la crépitation perçue en avant de l'utérus à travers la paroi abdominale, mais crépitation qui naturellement doit cesser avec l'évacuation de la matrice.

En terminant, l'auteur cite un cas de grossesse extra-utérine dans lequel le sac fœtal fut le siège des mêmes phénomènes qui marquent la physométrie, jusqu'à la putréfaction fœtale (Wavra, 46). Il note également, avec faits à l'appui, que l'infection de la cavité utérine par le bacille aérogène peut se produire en dehors de la grossesse et de l'accouchement (Saffella 47, Staude).

Les éléments du diagnostic différentiel sont : avant tout, l'*examen bactériologique* à la nécropsie ; l'examen anatomique (coloration mauvaise, verdâtre dans les cas de septicémie gazeuse, etc.); l'examen de la nature du gaz contenu dans la circulation (le gaz, en brûlant, donne une flamme bleuâtre quand il s'agit d'hydrogène) ; pendant la vie, outre les résultats bactériologiques, on a la considération approfondie de l'anamnèse, et la persistance ou la disparition de la crépitation après évacuation de l'utérus.

Du traitement curatif, rien et pour cause : « Connaissons-nous actuellement, écrivait Doléris à la fin de son article, une médication qui ait prise sur les intoxications de ce genre, et la sérothérapie nous eût-elle donné un résultat favorable? J'estime que non, et ne l'ai point tenté. Pourquoi ? Parce que tous les sérums divers, qui à la rigueur peuvent être utilisés contre l'action de microbes identiques, je ne dis point similaires, comme tel sérum antistreptococcique contre tel streptocoque, n'ont rien à faire contre les vibrions de la putréfaction et des septicémies graves.

« Voilà un champ qui mérite d'être cultivé, et le jour où ces microorganismes et le colibacille pourront être combattus par une sérothérapie appropriée, un nouvel et important progrès aura été accompli dans le traitement des infections puerpérales. *Loc. cit.* p. 291. »

R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE P. J. HALBAN

1. CLESS. *Die Luft im Blute.* Stuttgart, 1854.
2. STAUDE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, III, 1878.
3. DOHRN. *Arch. f. Gyn.*, Bd III, 1872.
4. LÖHLEIN. *Zeitsch. f. Geb. u. Frauenkrankh.*, Bd. I, Hft 2, p. 1875.
5. WINCKEL-OSTERLOH, WINCKEL. *Berichte u. Stud.*, Bd II.
6. WINCKEL. *Bericht. u. Stud.*, Bd I.
7. ERNST. *Arch. f. path. Anat. u. Phys*, Bd. 133. 1893.
8. GEBHART. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXVII.
9. OLSHAUSEN. *Monatsch. f. Geb. u. Frauenkrankh.*, Bd XXIV, 1864.
10. HITSCHMANN u. LINDENTHAL. *Sitzungsb. d. Kais. Ak. d. Wissench.* In Wien, 1899.
11. KRÖNIG, MENGE u. KRÖNIG. *Bacter. d. weibl. Genitalcanales.* Leipzig, 1897.
12. E. FRANKEL. *Ueber Gasphlegm.*, 1893, Hamburg u. Leipzig.
13. WELCH u. NUTALL. Ref. in d. *Hygien. Rundschau*, Bd II.
14. WICKLEIN. *Virch. Archiv*, Bd 125.
15. LEWY. *Deutsch. Zeitsch. f. Chirg.*, 1891, Bd 32.
16. WELCH u. FLEXNER. *Journ. of Exper. med.*, Bd. 1.
17. NICHOLLS. *Montreal med. J.*, 1898.
18. ADAMI. *Montreal med. J.*, 1898.
19. HAMILTON u. YATES. *Montreal med. J.*, 1898.
20. JAMISON. *Montreal med. J.*, 1898.
21. GÖBEL. *Cent. f. path. Anat.*, 1895.
22. DOBBIN. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd VI, p. 375.
23. DUNGERN. *Munch. med. Woch.*, 1893, n° 40.
24. SCHNELL. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd IV, p. 199.
25. LINDENTHAL. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, p. VII, Bd 269.
26. LUDWIG. *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 281.
27. HOFMEISTER. *Zeitsch. f. phys. Chemie*, 1877, Bd 1
28. KALTENBACH. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1879, Bd IV.
29. BAR et KEIM. *Le Progrès médical*, 1898, p. 424.
30. LEDUC. *Le Bullet. méd.*, 1898, p. 1089.
31. LEMAIRE. *Zeitsch. f. phys. Chemie*, 1895, Bd XXI.
32. GUSNAR. *Inaug.-Dissert.*, 1898.
33. LUDWIG. *Wr. klin. Wochensch.*, 1899, n 12.
34. WENDELER. *Monatsch. f. Geb. u Gyn.*, Bd IV, p. 581.
35. FASBENDER. *De aeris in uterum introitu.* Th. Berlin, 1865.
36. LINDENTHAL. *Wr. klin. Woch.*, 1897, Hft. 1.
37. KIWISCH. *Klin. Vorträge*, Bd 1, 4 Aubl., p. 275.
38. JOLLY. *Archiv. générales de méd.*, 1863, 1 obs. XXII.
39. M. CLINTOCK. *The Dublin quarterly J. of med. sc.*, vol. XXIV, p. 430.

40. E. MARTIN. *Sitz. d. Gess. f. Gyn. zu Berlin*, 6, X, 1874.
41. LAUFFS. *Inaug.-Dissert.*, Bonn, 1885.
42. MAGENDIE. *Journ. de phys. expérim.*, t. I, 1829, p. 190-1999.
43. AMUSSAT. *Recherches sur l'introduction accid. de l'air dans les veines.* Paris, 1889.
44. LEGALLOIS. *Journ. hebdomad.*, 1839.
45. LEBENDER. *Sitz. d. Gess. f. Gyn. zu Berlin*, 6, X, 1874.
46. WAWRA. *Wr. klin. Wochenschr.*, 1895.
47. SEOFFELLA. *Wochenbl. d. Zeitsch. d. Ges. d. Aertze z. Wien.*, 1862, n° 22.
48. DOLÉRIS. *Loc. cit.*
49. SWINBURN. *Revue der Wien. med.*, Halle, 1861, février, p. 144.

II

DE LA DÉSINFECTION DES MAINS

Les communications de M. Quénu, à la *Société de Chirurgie* (1), sur l'asepsie opératoire et particulièrement sur la difficulté, l'impossibilité même d'une désinfection absolue des mains, a été le point de départ d'une discussion encore non close. Au cours de cette discussion, il a été émis des opinions bien divergentes sur ce point de la « possibilité ou de la non-possibilité de la désinfection rigoureuse des mains ». En opposition avec celle de Quénu, on peut par exemple mettre la suivante, de Bazy : « J'ai fait des expériences tout à fait démonstratives sur la possibilité d'une désinfection complète des mains. Après avoir infecté mes mains avec le microbe de la septicémie du lapin, qui tue cet animal en douze heures, je me suis lavé et j'ai pu ensuite introduire impunément le doigt dans le péritoine d'un lapin, qui continue à se porter fort bien, tandis qu'un animal témoin, touché avec les mains non lavées, a péri dans le délai habituel. J'ai répété la même expérience avec d'autres cultures non moins virulentes, et le résultat a été identique. Ces

(1) *Semaine médicale*, mars 1899, p. 109.

faits suffisent, il me semble, à démontrer la possibilité d'obtenir par de simples lavages une stérilisation suffisante des mains. »

*
* *

En fait, la solution de cette question, la « *désinfection des mains* », comporte de grosses difficultés. Elle a suscité de nombreux travaux qui ont abouti trop souvent à des résultats contradictoires. A l'heure actuelle, l'examen attentif des documents ne permet pas d'affirmer la possibilité d'une stérilisation absolue des mains.

Parmi les contributions les plus récentes et les plus importantes à l'étude de cette question, il est un travail émané de la Clinique du professeur Zweifel (à Leipzig), travail dû à Krönig (1) et à Blumberg.

Dès le début, les auteurs rappellent les principes fondamentaux qui, selon eux, doivent présider au contrôle des méthodes de désinfection des mains :

1° Avant de procéder à la désinfection des mains, il est nécessaire d'en souiller le tégument avec des espèces *déterminées* de microorganismes ; espèces qui, une fois la désinfection pratiquée, pourront, si celle-ci n'a pas été absolue, être ensemencées sur des milieux nutritifs appropriés et y trouver des conditions favorables à leur développement ; ou, *ce qui est beaucoup mieux*, qui pourront, toujours après la désinfection, et grâce à des procédés convenables, être inoculés à des animaux aptes à contracter la maladie dont ils sont l'agent reconnu.

A défaut de cette contamination préalable avec des microorganismes déterminés, l'expérience présenterait une lacune. Si, en effet, le milieu de culture ensemencé avec des raclures épidermiques ou des fragments de la peau des mains cultive, on est, de ce fait, autorisé à conclure à l'insuffisance de la désinfection ; par contre, au cas où le milieu resterait stérile, la conclusion inverse serait hasardée, rien n'établissant que les téguments étaient infectés.

(1) Cet auteur s'est beaucoup occupé de ce sujet, et on connaît sa grande compétence dans les questions bactériologiques.

2° Il faut, pour la contamination préalable de la peau, se servir, non seulement de micro-organismes déterminés, mais encore de germes doués d'une certaine résistance vitale. A ce point de vue, il semble établi, depuis les travaux de Koch, qu'il convient d'expérimenter avec des germes doués d'une résistance à peu près égale à celle de la « spore du sang de rate ». Malheureusement, celle-ci ne saurait être utilisée pour la contamination préalable des téguments chez l'homme vivant, en raison des grands risques qu'entraînerait une pareille expérience. De toutes façons, il faut pour ces recherches rejeter les formes végétatives, les formes d'involution des germes et adopter les formes durables (Dauerformen) ;

3° En ce qui concerne le *choix de l'antiseptique*, il ne s'agirait pas précisément d'en trouver de tellement puissants qu'ils tuent en quelques instants des germes doués de la résistance requise pour la bonne expérimentation, puissance qui va souvent avec des propriétés irritantes excessives, mais plutôt de disposer d'antiseptiques plus faibles, à la condition qu'ils jouissent de la propriété de se combiner avec la peau de telle manière que celle-ci, préalablement infectée puis désinfectée, ne puisse plus, par inoculation, transmettre l'infection à des animaux normalement disposés à la subir. Le *desideratum* visé est condensé dans cette proposition : « *La peau est suffisamment désinfectée quand elle ne peut plus infecter.* »

*
* *

Ces règles générales posées, les auteurs exposent les deux séries d'expériences qu'ils ont faites, la première série consacrée à l'appréciation de la : A) *désinfection purement mécanique*, la deuxième série à celle de la : B) *désinfection mécanique combinée avec la désinfection chimique.*

La première série comprend onze expériences. Voici la relation de la première, comme type :

Expérience I. — Avec une culture pure de sang de rate on ensemence, le 21 décembre 1899, 17 tubes d'agar solidifié en couche inclinée.

Ces tubes séjournent dans l'étuve deux jours à 37°,8 et 1 jour à 24° C. Les colonies enlevées à sa surface avec une aiguille de platine sont délayées dans 15 centim. cubes d'eau distillée et stérilisée, et le mélange filtré à travers un filtre en papier stérilisé ; 7 centim. de ce filtrat sont employés à frotter vigoureusement avec des tampons de gaze une des jambes d'un cadavre d'enfant conservé pendant douze heures dans la glace. L'émulsion appliquée sur la peau ayant séché une demi-heure, on excise cinq morceaux de peau, chacun d'un centim. carré, et on les met dans une coupelle avec de l'eau stérilisée et, huit heures après, on les introduit sous la peau à 5 souris blanches par une fente pratiquée dans la région dorsale. Cinq autres morceaux de peau sont introduits dans des tubes d'essai avec 3 centim. cubes d'eau où ils séjournent huit heures, dans un milieu à 15° C. ; puis, secoués cinq minutes dans le tube à essai, et versés ensuite sur des plaques de Petri (Petrischalen) et mêlés à 10 centim. cubes d'agar. Ces préparations sont ensuite enfermées dans l'étuve, où elles séjournent trois jours, à une température de 37°,8 C.

Résultats. — Les 5 souris inoculées meurent de l'infection charbonneuse, 3 déjà trente-six heures, les 2 autres quarante-huit heures après l'inoculation. Toutes les cultures sur agar contiennent des quantités innombrables de colonies du bacille charbonneux.

Les morceaux de peau étant prélevés, pour juger de l'efficacité de la désinfection purement mécanique, on frotte énergiquement la jambe infectée à la brosse et à l'eau à 42° sans savon, durant quinze minutes. Mais au bout de sept minutes et demie tout ce qui servait à cette opération mécanique eau, cuvette, brosse avait été remplacé par des objets rigoureusement stérilisés. Cela fait, la jambe fut pendant une minute encore lavée avec plusieurs litres d'eau stérilisée. Puis, on prélève 10 morceaux de peau dont, comme précédemment, 5 furent inoculés à des souris blanches et 5 autres traités comme dans l'expérience précédente eau distillée et agar.

Résultats. — Des 5 souris, 3 moururent de l'infection charbonneuse, 2 survécurent, 2 moururent au bout de 4 fois vingt-quatre heures, la 3e après 6 fois vingt-quatre heures. Des ensemencements sur agar, 2 seulement cultivèrent : sur chaque plaque, il y avait des colonies isolées. Les 3 autres préparations restèrent stériles.

Les morceaux de peau prélevés, on frotta de nouveau le tégument avec de l'eau à 42° stérilisée et une nouvelle brosse durant quinze minutes, sans qu'on changeât l'eau une fois pendant ce temps. La peau fut ensuite

lavée pendant une minute avec plusieurs litres d'eau distillée stérilisée, et l'on enleva 20 morceaux de peau, dont 10 furent inoculés à des souris et les 10 autres traités par l'eau distillée, puis mélangés à l'agar comme plus haut.

Enfin, on racla vigoureusement la peau avec un bistouri stérilisé, le produit du raclage ayant été délayé dans 6 centim. cubes d'eau stérilisée ; 1 centim. cube de cette émulsion fut inoculé à 3 souris, et les 3 autres centim. cubes servirent à faire 3 préparations sur agar.

Résultats de ce nettoyage mécanique de la peau, prolongé trente minutes, avec l'eau ordinaire : des 10 souris inoculées, moururent : *a*) 1 le 2e jour après l'inoculation, sans que par l'examen microscopique ou les cultures on réussit à déceler dans la rate la bactérie charbonneuse ; *b*) 1 après trois fois vingt-quatre heures succomba à l'infection charbonneuse. Les autres souris survécurent.

Des 10 cultures sur plaques à l'agar, 1 seule présentait la bactérie charbonneuse, le développement de celle-ci partant directement de la peau inoculée, tandis que tout le restant du milieu de culture était resté stérile. Sur toutes les autres plaques, pas traces de germes charbonneux.

Les 3 souris, inoculées avec les produits de raclage de la peau, vécurent, et même l'une d'elles mit bas, quatre jours après l'inoculation, plusieurs petits bien vivants. D'autre part, les plaques ensemencées avec les produits de raclage restèrent toutes stériles.

De cette première expérience les auteurs tirèrent cette conclusion : *La peau d'un cadavre ayant été intentionnellement souillée avec des spores de sang de rate, il est possible, dans un temps relativement court et par un brossage vigoureux à l'eau et à la brosse, de la désinfecter suffisamment pour que, d'un nombre relativement élevé de souris très sensibles à l'infection charbonneuse et inoculées avec des fragments de la peau contaminée, quelques-unes seulement succombent à l'infection.*

Toutes les autres expériences furent poursuivies avec le même soin. La désinfection mécanique fut réalisée avec l'eau, la brosse et le savon mou, ou bien avec un savon spécial (le savon de Schleich, savon à poussière de marbre, utilisé sans doute pour obtenir

une action mécanique plus puissante) (1). Après avoir utilisé des cadavres, on fit des expériences sur des sujets vivants, des étudiants en général. Mais, dans ce cas, au lieu de la bactéridie charbonneuse, on se servit du micrococcus *tétragène*.

La *conclusion* générale de cette première série d'expériences fut: *qu'on n'est pas autorisé à accorder à la désinfection purement mécanique de la peau des mains l'efficacité que dans ces derniers temps lui ont attribuée certains auteurs, Schleich, Sanger, etc.* (2).

Dans la deuxième série d'expériences (4 en tout), combinaison de l'action mécanique aux désinfectants chimiques, les auteurs ont successivement employé comme germe infectant déterminé : a) la spore du catgut qui n'est pas autre chose que la spore du bacille du foin (heubacillus), et *b*) le micrococcus tétragène; comme désinfectant chimique : a') une *solution de permanganate de potasse et d'acide chlorhydrique*, à 2 p. 100 du

(1) Pour le savonnage, on expérimenta des savons divers : *a*) de Schleich, à la poussière de marbre, *b*) savon liquide, *c*) savon mou. Le savon de Schleich, par ex., était appliqué d'abord sur la peau avec addition de seulement quelques gouttes d'eau au début, puis, progressivement, on ajoutait du savon et de l'eau et l'on frottait énergiquement pendant 15 minutes, avec la précaution de changer toutes les 5 minutes, savon, eau, brosse et cuvette. Le savonnage et frottage finis, on lavait pendant une minute avec de l'eau stérilisée, etc. Avec le savon spécial, liquide (savon de Paul), on commençait à frotter 1 minute avec le savon seulement, puis on continuait le frottage en se servant d'eau chaude à 42° et de brosses stérilisées; — Dans les autres expériences, on se servit du savon mou, d'eau chaude à 42° et de brosses stérilisées pour réaliser un nettoyage mécanique énergique. On ne voit dans ces expériences, l'utilisation de l'alcool pour le dégraissage et le décapage de la peau.

R. L.

(2) Avant de passer à l'exposé de la deuxième série d'expériences, les auteurs s'occupent de la méthode de désinfection des mains par l'alcool, si recommandée en particulier par Reinicke. De fait, ils sont arrivés, au cours de leurs expériences, et par comparaison, à la conclusion que ce procédé est inférieur au simple brossage à l'eau et au savon. — La désinfection à l'eau chaude et à l'alcool, comme la conseillent Reinicke et Ahfeld, est non seulement insuffisante contre les spores, mais même contre les saprophytes ordinaires de la peau.

R. L.

premier, à 1 p. 100 du second, solution qui dégage constamment du chlore, lequel confère au mélange sa puissance de désinfection; *b'*) une *combinaison d'éthyle diamine et de mercure*, solution beaucoup moins irritante que les solutions mercurielles ordinaires et qui donne à la peau une souplesse remarquable; *c'*) une solution au millième de bichlorure de mercure. D'autre part, la peau était soumise à une préparation préalable (brossage à l'eau chaude et au savon mou pendant quinze minutes), *destinée à la rendre plus apte à s'imbiber de la solution antiseptique* (1).

Conclusions. — De l'ensemble de ces recherches il ressort :

1° Que *la combinaison des deux méthodes de désinfection, mécanique et chimique, est nettement supérieure à la désinfection mécanique pure* (eau, savon et brosse).

2° Ces recherches ne permettent pas de formuler un jugement définitif sur la valeur comparée des solutions d'éthylène diamine mercurielle et de solution de sublimé. Le résultat définitif de la désinfection dépend de plusieurs circonstances variables, du mode de préparation préalable de la peau, très différent suivant les sujets. D'autre part, dans ces expériences

(1) Sous le rapport du choix de l'antiseptique pour la désinfection de la peau les auteurs, comme il a été indiqué au début, ont envisagé ces deux causes principales de détermination : *a*) adopter un antiseptique surtout puissant, qui, en quelques minutes et directemeut, tuerait les germes infectieux; *b*) ou bien donner la préférence à tel antiseptique doué d'une force de désinfection directe moindre, mais dont l'action désinfectante, au contact des humeurs du corps, surtout du sang, se poursuivrait continuant à réprimer, même dans le corps de l'animal, le développement, la nocivité des germes infectieux. Au premier groupe, les désinfectants forts, correspondent surtout les corps dits *halogènes* (ἅλς sel et γεννάω), chlore, brome, iode : une solution chlorée à 1/2 p. 1000 en solutions pures tue les spores du sang de rate en une à deux minutes. Les résultats de l'expérimentation dirigés dans cette voie ayant été mauvais, les auteurs y renoncèrent de suite et ils se sont adressés à des antiseptiques du deuxième groupe et, particulièrement, à des sels métalliques. Encore pour le choix de certains de ceux-ci, se sont-ils guidés sur des notions récentes de chimie, d'après lesquelles les sels hydrargyriques les plus puissants seraient ceux qui sont le plus dissociés. C'est là une application de la théorie ingénieuse des *ions* conçue par S. Arrhénius. R. L.

sur l'animal avec les solutions mercurielles, on n'a pas encore réussi à supprimer une circonstance très défavorable à l'observation, la grande toxicité des solutions mercurielles pour les animaux en expérience, toxicité à laquelle beaucoup d'animaux succombent.

3° Le micrococcus tétragène ne représente pas une forme durable; sa résistance vitale est inférieure à celle de la spore du sang de rate et, par suite, les résultats expérimentaux obtenus en l'employant comme agent de souillure de la peau ne répondent pas suffisamment aux *desiderata* de l'asepsie actuelle.

4° Les résultats obtenus dans la première expérience avec le mélange chloré furent si insuffisants qu'on renonça à cette solution, douée pourtant d'un grand pouvoir de désinfection, mais pouvoir de désinfection qui devient nul au contact des matières organiques. Au contraire, les solutions mercurielles au contact des substances organiques ne perdent jamais *complètement* ce pouvoir de désinfection. Il continue à s'exercer, à réprimer en conséquence le développement des germes dans le corps même de l'animal. Aussi, les cultures sur les milieux nutritifs, où cette particularité importante spéciale à certains antiseptiques ne peut se manifester, ne permettent pas de résoudre ce qui a été considéré comme le nœud de la question : « à quel moment la peau est-elle à ce point désinfectée qu'elle ne peut plus infecter »?

*
* *

Au résumé, la lecture des diverses expériences poursuivies par les auteurs montre qu'ils n'ont pas obtenu, avec les procédés laborieux de désinfection mécaniques et chimiques, combinés ou non, une stérilisation absolue des mains. D'autre part, l'examen de leurs conclusions générales indique que, pour eux, il faut, avant de se risquer à des conclusions catégoriques, entreprendre de nouvelles expériences en s'efforçant d'écarter les défectuosités qui entachent les leurs. On peut aussi en déduire que l'utilité de l'emploi des gants de caoutchouc ne saurait être,

à l'heure actuelle, formellement contestée. La question de la désinfection des mains nous paraît pouvoir se résumer encore à ces déductions que tirait M. Varnier des expériences de Fürbringer : « Le savonnage et le brossage dans l'eau très chaude, même prolongés pendant cinq minutes, sont loin d'assurer l'asepsie; l'immersion consécutive dans l'alcool et dans une solution phéniquée à 5 p. 100, de sublimé à 1 p. 1000, de biiodure à 1 p. 2000 ne réalise pas, à coup sûr, la stérilisation des mains, etc. ».

« Cependant, continue M. Varnier, la pratique a prouvé que, bien qu'imparfaite absolument parlant, en ce sens qu'un bon microbiologiste y peut encore trouver quelques germes à cultiver, *cette stérilisation des mains est suffisante au point de vue prophylactique*. Les germes qui ne sont pas détruits ont au moins subi de l'antiseptique un échec qui atténue leur nocivité (1). »

*
* *

La discussion sur la « *désinfection des mains* », qui se poursuit à la Société de Chirurgie, a amené une communication de Pierre Delbet (2), fort intéressante parce qu'elle aboutit à cette conclusion rassurante : « *On peut aseptiser ses mains* », et que cette conclusion a non seulement pour elle le contrôle clinique, mais aussi le contrôle bactériologique, celui-ci ayant été confié à un juge particulièrement compétent, F. Widal : « Toutes les préparations de microbes, tous les ensemencements ont été faits soit par Widal, soit sous sa surveillance par son interne Ravaud. Mon rôle à moi, dit P. Delbet, a consisté uniquement à me salir les mains d'abord, à me les laver ensuite, et, lorsque je les croyais propres, à les livrer à ces messieurs en leur disant : « Grattez mes ongles, raclez mon épiderme, faites tout ce que vous voudrez ; mais tâchez de me démontrer que mes mains sont septiques. » Pour la contamination des mains, Delbet a employé le staphylocoque blanc, le staphylocoque doré, le streptocoque d'Eberth.

---

(1) *Obstétrique journalière*, 1900. STEINHEIL, p. 419.

(2) *Gaz. hebdom. de Méd. et de Chirurgie*, juin 1900, p. 529.

Or, *tandis que tous les tubes témoins cultivèrent avec exubérance*, au contraire *tous les autres restèrent invariablement stériles. La désinfection avait donc été absolue.* Même résultat fut obtenu avec des cultures de spores d'anaérobies particulièrement résistantes. Les conditions capitales de la désinfection, d'après Delbet, sont : se servir *d'eau très chaude* (qui dissout même les graisses et favorise leur émulsion). D'autre part, de savon, en sachant qu'il faut employer *beaucoup de savon et relativement peu d'eau*, la solution concentrée de savon dégraissant beaucoup mieux. Ce savonnage, à l'eau très chaude, est prolongé environ cinq minutes. Après quoi, on passe au « *décapage* » en quelque sorte par l'alcool à 90°, effectué au moyen d'une brosse, et qui doit être prolongé *jusqu'à ce que, l'imbibition de la peau par la solution antiseptique, la liqueur de V. Swieten, soit parfaite*, ce qui a lieu quand la solution antiseptique ne se met plus à l'état sphéroïdal ; *à ce moment*, la solution antiseptique mouille bien la peau.

R. Labusquière.

REVUE ANALYTIQUE

ANTISEPSIE, ASEPSIE, BACTÉRIOLOGIE

De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique et en gynécologie (Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe und Gynäkologie). Olshausen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1899, n° 45, et *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 21, p. 355.

Au début, l'auteur déclare qu'à l'état normal il n'existe pas de germes virulents dans le vagin ou que, s'il y en a, leur virulence est atténuée. Les faits cliniques lui ont semblé témoigner plutôt en faveur de la seconde hypothèse. Mais les modifications notables du milieu (lochies), qui se produisent à l'occasion des suites de couches, peuvent bien réveiller la virulence primitive. Aussi une infection, dite spontanée ou auto-infection, éventuellement mortelle est possible. Mais le principal souci du praticien doit toujours consister à rechercher une stérilisation absolue des mains et des instruments de façon à prévenir une hétéro-infection. Ce souci doit avoir pour objet non seulement l'ac-

couchée, mais aussi la femme enceinte, bien que l'expérience enseigne que les risques d'infection, pendant la grossesse, sont réduits *au minimum*.

Olshausen a dressé une échelle de la proportion des risques d'infection avec les différentes opérations obstétricales. Au haut de l'échelle, il a placé l'accouchement prématuré, surtout quand il exige l'introduction réitérée de la sonde, et l'extraction manuelle du délivre. Pour cette dernière intervention, il conseille d'utiliser, d'après la recommandation de Döderlein, le gant de caoutchouc. Il pense aussi qu'avant de l'entreprendre, il convient de procéder à une désinfection du vagin, désinfection à laquelle il attache moins d'utilité avant les applications hautes de forceps ou la version.

Dans les cas d'urgence (diminution brusque des doubles battements fœtaux, hémorrhagies, hémorrhagies internes à l'occasion d'une grossesse ectoptique rupturée), Olshausen conseille une désinfection rapide (frottage à l'alcool des instruments indispensables, également des mains après un court nettoyage au savon). Dans les cas de laparotomie, savonner, raser la région et laver rapidement à l'alcool. Comme conclusion, il note que les dangers d'infection augmentent avec la durée de l'opération et qu'en conséquence, pour gagner du temps, il convient de renoncer aux méthodes de désinfection trop rigoureuses, trop dispendieuses de temps. R. L.

De la désinfection de la peau et des mains avec l'esprit de savon (Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus). Mikulicz. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1899, n° 24, et *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 12, p. 336.

Des expériences poursuivies durant le semestre d'hiver 1898-99, à la clinique chirurgicale de Breslau, ont démontré à l'auteur que l'esprit de savon représente, sans usage associé de l'eau, un agent de désinfection de la peau et des mains égal en puissance à ceux déjà connus ; que, de plus, il a l'avantage d'exiger moins de temps pour la désinfection. Celle-ci, en effet, peut s'effectuer en cinq minutes, et produit, dans ce bref délai, sinon une stérilisation absolue, du moins une stérilisation suffisante. D'autre part, cette substance désinfectante n'est pas toxique, n'a pas de mauvaise odeur, n'est point irritante si on ne prolonge pas la désinfection au delà de cinq minutes. En outre, elle paraît posséder une action relativement profonde, et elle joint, à ses avantages, celui d'être peu dispendieuse. R. L.

De l'influence des lésions à l'orifice du vagin pendant l'accouchement sur les suites de couches (Der Einfluss der Geburtsverletzungen des Introitus vaginæ auf das Wochenbett). TIMMERMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1900, Bd LX, Hft 3, p. 501.

L'auteur insiste sur l'importance des lésions de la parturition au niveau de l'orifice vaginal, sur la morbidité et même sur la mortalité des suites de couches.

Les lésions traumatiques, — érosions, fissures des petites lèvres, de la commissure, de la fosse naviculaire, — seraient extrêmement fréquentes. Mais, en général, on n'examine pas assez soigneusement. L'attention qu'on leur accorde est en raison inverse de celle qu'on donne aux déchirures assez notables du périnée. Et pourtant, ces fissures, ces érosions, même légères, peuvent, en raison de la présence constante de germes à leur voisinage, être le point de départ de phénomènes infectieux. Les germes qui vivent à l'état normal dans la zone des parties générales externes seraient, dit-on, anodins, sans virulence ou à virulence atténuée. Mais, dans certaines conditions, la puerpéralité par exemple, ne peuvent-ils pas recouvrer leur virulence et n'a-t-on pas signalé comme agent pathogène, dans certains cas de septicémie puerpérale, le coli-bacille, etc. ? Il n'est pas douteux, pour l'auteur, qu'un grand nombre de cas, rangés sons l'étiquette de septicémie spontanée, d'auto-infection, n'ont pas d'autre origine qu'une infection de semblables lésions restées, faute d'examen suffisant, inaperçues.

Et pour bien mettre en évidence l'exactitude, tout au moins la grande vraisemblance de cette manière de voir, il cite des faits empruntés à Ahlfeld, où l'on est autant en droit d'incriminer de pareilles lésions que la septicémie spontanée.

1) Plaies des organes génitaux externes, coloration anormale du vagin; 2) manœuvres avec des mains contaminées ; 3) ?; 4) frisson la veille de l'accouchement. 5 minutes *p. part.* 38°,7. Ulcération, avec exsudat épais, à la commissure postérieure; 5) examen, 4 jours avant l'accouchement, à la clinique ; 6) dernier examen interne 3 jours avant l'accouchement; de 7) à 15), chez chacune des femmes, lavages vaginaux abondants *ante part.* De plus, 8) 8 heures *a. part.* frisson, déchirure du périnée du second degré ; 9) levée le 6e jour, puis fièvre; 10 à 13) endémie de fièvre puerpérale; accouchement les 17-18, 28 décembre, invraisemblance d'un concours de décès par auto-infection ; 14) pas d'infection puerpérale, décès après trois jours de fièvre par embolie ; 15) pas d'infection puerpérale. Abcès rétro-péritonéal de date ancienne; 16) 4 jours, *ante part.* application d'un anneau pessaire; 17) œdème des organes génitaux externes. Invasion streptococcique d'un foyer des grandes lèvres; 18) le 4e jour des suites de couches, la

femme indocile se lève, la fièvre survient. Léopold admet que cela amena des lésions du col et que celles-ci se trouvèrent dans un liquide vaginal déjà infecté pendant la grossesse (hétéro-infection !) ; 19) salpingite suppurée à droite, existant déjà, selon Léopold, durant la grossesse. Petite déchirure avec exsudat, en arrière du frein ; 20) Léopold admet que la femme fut infectée par un médecin qui, bien qu'atteint d'un panaris, l'examina 11 jours *a. part.* De plus, l'accouchée était atteinte d'une angine suppurée ; 21) ? ; 22) péritonite ayant eu son point de départ dans des foyers suppurés anciens, consécutifs à une ovariotomie; 23) gonorrhée démontrée de l'homme.

Il suffit d'examiner attentivement les circonstances principales associées à ces cas qui se compliquèrent d'accidents infectieux graves, pour se persuader qu'en beaucoup il est possible d'expliquer les complications observées autrement que par l'auto-infection.

L'auteur établit *l'influence des lésions de l'orifice vaginal* en utilisant les statistiques d'Ahlfeld (1) et Szabo (2).

Statistique d'Ahlfeld :

608	accouch. avec lésions suturées, *morbidité*.	41,5	p. 100.
1,505	— sans lésions.....	26,2	—

Ces lésions pour la plupart, étaient des déchirures du périnée.

Statistique de Szabo :

891	accouchées avec lésions à l'orifice vaginal.	29,63	p. 100.
2,205	— sans —	14,79	—

La même statistique faite exclusivement pour des primipares.

751	*primipares*, avec lésion des orifices génitaux externes.....	28,58	p. 100.
437	— sans —	14,88	—

D'où : *les lésions des organes génitaux élèvent la morbidité du double.*

Influence des lésions traumatiques graves des organes génitaux sur les suites de couches.

825	accouchem. avec lésions graves des organes génitaux externes, *morbidité*.....	50,66	p. 100
3,053	— sans —	26	—
1,438	accouchem. *avec* lésions des organes génitaux externes, *mortalité* par septicémie..	2,85	p. 100.
3,053	— *sans* —	0,82	—

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVII, Hft 2, p. 482.
(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVI, p. 77.

Certes, le décès a pu, nombre de fois, être la conséquence d'autres influences, mais il est non douteux qu'en d'autres ces lésions ont eu leur part étiologique. Hecker a d'ailleurs fait connaître des résultats semblables. 1,063 femmes avec déchirures du périnée ont fourni une mortalité de 2,7 !

Les statistiques de Szabo envisagées à un autre point de vue donnent :

De 1,561 accouchées avec suites de couches fébriles 48,17 p. 100 avaient des lésions des organes génitaux internes.

De 109 accouchées avec exsudat paramétritique 46,78 p. 100 avaient des lésions des organes génitaux internes.

De 66 accouchées mortes de septicémie..... 62 p. 100 avaient des lésions des organes génitaux internes.

Influence des plaies, des ulcérations puerpérales d'après les chiffres de Szabo.

De 3,608 accouchées 7,67 p. 100 eurent des suites de couches fébriles ; or, dans 105 cas, soit 2,91 p. 100, la cause de la fièvre était une plaie puerpérale.

D'où : *la fièvre des accouchées, quand elle reconnaît une origine génitale, est, dans la moitié des cas, produite par des plaies puerpérales.*

Au résumé, de l'ensemble des faits cliniques, il ressort que les lésions traumatiques vagino-vulvaires, survenues dans l'accouchement, sont sujettes à s'infecter, et par suite à devenir l'origine d'accidents parfois les plus graves. Il faut donc, après tout accouchement, inspecter soigneusement cette région et apporter au traitement des érosions, des fissures, des plaies, si peu importantes puissent-elles paraître, des soins minutieux. Enfin et surtout, il s'agit de faire de la prophylaxie, et de maintenir la région vagino-vulvo-périnéale dans un état de propreté aussi rigoureux que possible, c'est-à-dire qu'il faut la soumettre aux mêmes soins que l'on met à assurer l'asepsie des mains, sinon absolue ce qui est presque irréalisable, du moins aussi grande que possible. Pour les sages-femmes, il y a lieu de recommander soit l'acide phénique, soit le lysol. R. L.

De la question du catgut. Recherches expérimentales (Zur Katgutfrage. Experimentelle Untersuchungen). MINERVINI. *Deutsch. Zeitsch. f. Ch.* Bd LIII, Hft 1 et 2 et *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 20, p. 537.

Les récents et multiples travaux parus sur la question de la stérilisation du catgut suffisent à démontrer que le problème n'est pas encore résolu. Le catgut frais, brut (Rohkatgut) ne contient pas de

germes le plus souvent. Pour la stérilisation, c'est-à-dire pour la destruction des saprophytes peu résistants de l'intestin, toutes les méthodes sont suffisantes, depuis l'huile phéniquée jusqu'à la stérilisation par l'emploi de la chaleur. Par contre, pour la destruction des spores, la plupart des méthodes usuelles sont insuffisantes. Comme *bactéricides, la supériorité appartient aux antiseptiques.* Par contre, les antiseptiques diminuent l'aptitude du catgut à être résorbé, et ils exercent une action irritante sur les tissus. L'auteur a étudié très soigneusement les trois points suivants : 1° *la résistance du catgut,* 2° *sa stérilisation,* 3° *son aptitude à la résorption.*

Résultats. — Le catgut supporte bien l'action de l'air sec, chauffé jusqu'à 150°. Son altérant le plus grand, c'est l'eau. La formaline, l'acide chromique augmentent beaucoup sa résistance vis-à-vis de l'eau. Dans les liquides indifférents, avec un point d'ébullition au-dessous de 100°, dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, il se conserve indéfiniment, et même, à l'ébullition sous pression, il ne s'altère pas, à la condition que le liquide soit déshydraté. Dans les liquides indifférents, à point d'ébullition au-dessus de 100°, térébenthine, xylol, glycérine, etc., il se conserve aussi parfaitement, s'il a été complètement déshydraté. Pour la stérilisation formaline, acide chromique, huile de genévrier suffisent, à la condition d'agir très longtemps.

Les procédés aseptiques, stérilisation par chaleur sèche ou humide, sont insuffisants ; les méthodes mixtes (antiseptiques et chaleur) sont plus complexes et non supérieures aux méthodes antiseptiques, simples. Et de celles-ci, il faut préférer celles basées sur l'emploi du sublimé ou sur celui de genévrier.

Quant à la propriété du catgut à se laisser résorber, elle n'est peut-être pas aussi grande qu'on le dit. De plus, elle est modifiée par l'antiseptique choisi. Les phagocytes attaquent tout de suite le catgut aseptiqué, moins vite celui qui a subi l'action d'antiseptiques, surtout celle du sublimé.

Conclusion : Sans antiseptiques, il est difficile d'obtenir un catgut convenable ; mais ce traitement antiseptique du catgut diminue considérablement sa facilité à être résorbé. R. L.

Du choix du milieu nutritif pour la mise en évidence par culture d'une faible quantité de streptocoques (Die Wahl des Nährbodens bei dem kulturellen Nachweise geringer Streptokokkenmenge). Menge et Krönig. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 5, p. 13.

On sait que Menge et Krönig sont, à la suite d'études prolongées,

arrivés à la conclusion que le streptocoque pyogène, facteur le plus ordinaire de l'infection puerpérale, n'habite pas, à l'état normal, le vagin. Dans ces derniers temps, on a cru et annoncé (Bumm et Hofmeier) que leur manière de voir s'était modifiée, par la raison qu'ils admettaient la présence dans la sécrétion vaginale d'une espèce de streptocoque anaérobie. Or, les deux auteurs protestent contre cette interprétation. Car, s'ils admettent, et non depuis peu mais depuis longtemps déjà, cette vie, en saprophytes, de certains streptocoques anaérobies et même aérobies, ces micro-organismes diffèrent absolument du streptocoque pyogène, agent habituel de la fièvre puerpérale. De fait, *ils restent absolument attachés à leur opinion primitive, et ils nient encore à l'heure actuelle, la possibilité d'une infection puerpérale par le streptocoque pyogène, qui aurait vécu ante partum comme saprophyte dans la sécrétion vaginale.*

On leur a également reproché de n'avoir utilisé pour l'ensemencement de la sécrétion vaginale que des milieux nutritifs solides, en particulier contenant de l'agar et de n'avoir jamais porté directement la sécrétion vaginale dans un milieu nutritif liquide, dans le bouillon par exemple. Or, l'emploi systématique du milieu solide compromettrait *a priori* le développement de minimes quantités de streptocoques. Pour répondre à cette objection et en contrôler la valeur, Menge et Krönig ont institué toute une série d'expériences comparatives, avec des milieux au bouillon sucré, et au bouillon sucré avec addition d'agar, en s'efforçant de se placer dans des conditions aussi identiques que possible pour une appréciation juste des qualités de ces deux milieux pour la culture des streptocoques. Les conclusions de ces recherches qu'ils rapportent avec soin sont : *on a autant de chance de constater la présence ou l'absence du streptocoque pyogène de la fièvre puerpérale en utilisant pour l'ensemencement de la sécrétion vaginale un milieu solide à l'agar que le bouillon.*

Il n'est pour les auteurs aucune raison nouvelle d'abandonner leur opinion ancienne que le streptocoque pyogène, facteur ordinaire de la fièvre puerpérale, avec ses caractères spéciaux de culture, ne vit pas, à l'état normal, en saprophyte dans le vagin. Aussi, cette modification dans leur opinion sur la question du streptocoque, au moins dans ses rapports avec la sécrétion vaginale, que leur ont prêtée Bumm et Hofmeier, est-elle inexacte. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique d'électrothérapie gynécologique, par le Dr Weil.

Le Dr Weil décrit les diverses modalités de l'énergie électrique qu'on peut utiliser dans la thérapeutique gynécologique.

Il se divise en deux parties. Dans la *première*, l'auteur expose les notions de physique indispensables aux médecins. Il montre que les modalités électriques utilisées en thérapeutique sont le courant continu, les courants faradiques, les courants galvano-faradiques, le courant alternatif sinusoïdal, le courant ondulatoire sinusoïdal, les courants de haute fréquence de M. D'Arsonval, les courants statiques, les courants statiques induits.

Dans la *deuxième partie*, M. le Dr Weil a repris toutes les maladies des organes génitaux de la femme pour lesquelles on peut employer le traitement électrique.

Die specifischen Lebenserscheinungen in weiblichen Organismus, par von Samuel Chazan. *Samml. klin. Vorträge*, n° 269, 1900.

Dans ce travail de physiologie générale, l'auteur étudie les phénomènes vitaux spéciaux à la femme, c'est-à-dire ceux qui se rapportent à la reproduction.

La maturation de l'œuf, la ponte ovulaire, la menstruation sont étudiées en détail, isolément et dans leurs rapports réciproques. Puis Chazan étudie plus sommairement les phénomènes biologiques généraux qui accompagnent, chez la femme, ces différentes fonctions spéciales; il conclut en découvrant que « les hémorrhagies périodiques sont pour la femme une nécessité physiologique ». P. Lecène.

Ricerche sulla Presenza dello Zucchero nelle orine delle donne gravide e puerpere. Ricerche del Dottor G. Cristalli. Napoli, 1900.

Dans ce travail très sérieux et très documenté, Cristalli étudie la question de la glycosurie et de la lactosurie chez les femmes enceintes et chez les accouchées.

Il refait d'abord très complètement l'historique de cette question, indique ensuite très exactement les procédés qu'il a employés pour doser le glycose et la lactose, et discute enfin la pathogénie et la signifi-

cation de la présence de ces sucres dans les urines. Il arrive aux conclusions suivantes :

Il faut d'abord absolument distinguer l'une de l'autre, la glycosurie et la lactosurie, qui ont des significations absolument différentes.

La glycosurie s'observe souvent dans l'urine des femmes enceintes, vers le milieu de leur grossesse ; une quantité très petite de glycose est sans intérêt clinique, sans signification pathologique, et peut être rapportée au ralentissement de la nutrition propre à l'état gravidique, Il n'en est pas de même pour les quantités appréciables de glycose ; celles-ci sont essentiellement en rapport avec des troubles dans le fonctionnement de la cellule hépatique, troubles qui doivent consister dans la perte de la faculté de polymériser le sucre qui lui arrive de l'intestin.

Cette glycosurie a donc une signification clinique par ce fait qu'elle montre le début d'une insuffisance hépatique. Généralement, d'ailleurs, les femmes qui présentent à la fin de leur grossesse cette glycosurie ont eu dans les premiers mois des phénomènes relevant de l'auto-intoxication (vomissements, lypothymies, céphalée). Si une femme enceinte présente de l'albuminurie, on peut ne pas trouver de sucre dans son urine ; c'est qu'alors son rein n'est pas perméable pour ce dernier. Dans quelques cas d'avortements ou de menaces d'avortement, l'auteur a rencontré des traces ou même une certaine quantité de glycose : il n'en tire pas de conclusions, mais signale simplement le fait. Enfin, les femmes qui ont eu de la glycosurie au cours de leur grossesse présentent presque constamment de la lactosurie pendant les premiers jours des couches ; de plus, presque toujours on a noté, sur leurs placentas, la présence de quelques infarctus récents ou anciens.

La lactosurie s'observe chez presque toutes les femmes au moment de l'établissement de la sécrétion lactée, pourvu que le rein soit perméable. Sa coexistence avec la glycosurie est fréquente. Elle est d'ailleurs en rapport direct avec la sécrétion mammaire. Pour Cristalli, la lactosurie n'a aucune importance en elle-même, et n'en acquiert que lorsqu'elle coexiste avec la glycosurie, dont il ne faut d'ailleurs pas oublier de la séparer. P. Lecène.

VARIÉTÉS

XIIIe Congrès international de médecine.

Paris, 2-9 août 1900.

Le Congrès international des Sciences médicales tiendra sa session triennale du 2 au 9 août, à Paris. La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 2 août dans la grande salle des fêtes à l'Exposition, dont l'entrée sera libre pour les membres du Congrès pendant toute la durée de la session. Il suffit, pour s'inscrire, d'envoyer sa carte de visite et 25 francs à M. le Dr Duflocq, trésorier du Congrès international, à l'École pratique de médecine, indiquant à laquelle des sections on veut appartenir (1).

La première assemblée générale aura lieu le lundi 6 août dans l'après-midi ; l'assemblée de clôture, le jeudi 9 août après-midi.

PROGRAMME DE LA SECTION DE GYNÉCOLOGIE (2)

Président. — F. Terrier.

Vice-président. — S. Pozzi.

Secrétaire. — Hartmann.

Comité. — Bouilly, H. Delagénière, Lannelongue, Laroyenne, Monprofit, Quénu, Richelot, Segond.

(1) Les membres du Congrès bénéficieront de réduction sur les lignes de chemin de fer. Le 2 août, au soir, ils assisteront à une fête offerte par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République ; le 3 août, à une fête sur invitation offerte par M. le Président du Congrès ; le 5 août, ils seront reçus le soir par M. le Président de la République au Palais de l'Élysée. Le 8 août, fête le soir, dans le palais du Sénat et le Jardin du Luxembourg, fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les divers comités d'organisation. Des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des sections.

(2) Envoyer les communications à M. le Dr Hartmann, 4, place Malesherbes, Paris.

Les séances de la section de gynécologie auront lieu à l'amphithéâtre de chimie, à la Sorbonne.

Vendredi 3 août.

2 h. 1/2 après midi. Première question à l'ordre du jour : TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Rapporteurs : L.-G. RICHELOT (Paris) ; DMITRI DE OTT (Saint-Pétersbours) ; THOMAS S. CULLEN (Baltimore).

Inscrits pour la discussion : CORTEJARENA (Madrid) ; JACOBS (Bruxelles) ; JONNESCO (Bucarest) ; DOYEN (Paris) ; H. DELAGÉNIÈRE (le Mans) ; F. TERRIER (Paris) ; MONPROFIT (Angers) ; BOUILLY (Paris) ; BOURSIER (Bordeaux) ; J.-L. FAURE (Paris).

Samedi 4 août.

9 h. 1/2 matin : Questions diverses.

SNEGUIREFF (Moscou). — *Sur l'emploi, pour les sutures, du tendon de renne.*

OULESKO-STROGANOFF (Saint-Pétersbourg). — *Sur les rapports anatomiques de l'œuf à la trompe gravide.*

SOREL (Le Havre). — *Traitement de la grossesse extra-utérine.*

VILLAR (Bordeaux). — *A propos de la grossesse extra-utérine.*

BOURSIER (Bordeaux). — *Les kystes hydatiques du ligament large.*

WINCKEL (Munich). — *De l'importance des lésions secondaires des reins en gynécologie.*

VITRAC (Bordeaux). — *Décubitus ventral dans le traitement de la fistule vésico-vaginale.*

JAYLE (Paris). — *La position déclive en examen gynécologique.*

KISTLER (Los Angelès). — *La stérilité chez la femme, ses causes, son traitement.*

LEGROS (Paris).—*Nouveau mode de pansements vaginaux et péri-utérins.*

A. WEIL (Paris). — *L'effluve et l'étincelle statiques induits en gynécologie.*

MOUTIER (Paris). — *Traitement des fibromes utérins par la décharge d'un condensateur de courants continus.*

LAVERGNE (Biarritz). — *Traitement des maladies des femmes par les eaux minérales chlorurées sodiques de Briscous-Biarritz. Indications et contre-indications.*

Samedi 4 août.

2 h. 1/2 après midi : TRAITEMENT CONSERVATEUR DES MYOMES UTÉRINS.

MARTIN (Greifswald). — *Manuel opératoire, résultats et indications de la myomectomie.*

Dmitri de Ott (Saint-Pétersbourg). — *Importance de la méthode vaginale dans la myomectomie conservatrice. Résultats obtenus dans les fibromyômes rétro-cervicaux en général.*

P. Segond (Paris). — *De l'hystérotomie cervico-vaginale dans le morcellement des fibromes du corps de l'utérus.*

Gottschalk (Berlin). — *Des résultats éloignés et des indications de la ligature des artères utérines dans le cas de myômes de l'utérus.*

H. Delagénière (Le Mans). — *Ligatures atrophiantes.*

Goullioud (Lyon). — *Des opérations conservatrices dans le traitement des myômes utérins (ligature ou pincement des utérines).*

Pozzi (Paris). — *Des limites de la myomectomie.*

Témoin (Bourges). — *La myomectomie abdominale pour moyens et petits fibromes.*

Monprofit (Angers). — *Myomectomie abdominale.*

Hartmann (Paris). — *Des opérations conservatrices dans le traitement des fibromes utérins.*

Lundi 6 août.

9 h. 1/2 matin : Séance de projections.

Thomas S. Cullen (Baltimore). — *Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.*

Léopold (Dresde). — *Étiologie du carcinome et rôle pathogène des blastomycètes. Présentation de pièces.*

Amann (Munich). — *Présentation de pièces.*

Mardi 7 août.

9 h. 1/2 du matin : Déplacements de l'utérus.

F. Terrier (Paris). — *Traitement des rétro-déviations adhérentes.*

Eberlin (Moscou). — *Sur le traitement des rétro-déviations et du prolapsus de l'utérus par l'opération d'Alquié-Alexander-Adams.*

Fournier (Amiens). — *Rétro-déviations et hystéropexie vaginale.*

Spinelli (Naples). — *Procédé d'hystéropexie abdominale médiate pour la cure de la rétroversion utérine.*

Czeslas-Stankiewicz (Lodz). — *Du traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.*

Laroyenne (Lyon). — *Traitement des prolapsus génitaux par la suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale.*

Tieguère (Riesitza). — *Du traitement de la chute de la matrice par nouvel appareil.*

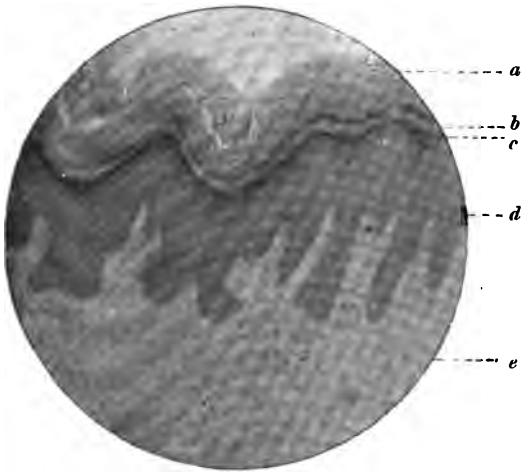


FIG. 1. — Coupe transversale de la peau de la grande lèvre. — *a*. Le stratum cornéen augmenté. — *b*. Stratum lucidum. — *c*. La couche granuleuse. — *d*. Le derme présentant l'aspect du tissu cicatriciel, avec atrophie complète du tissu élastique et des vaisseaux ; les papilles sont en partie déprimées, en partie amincies et allongées ; le tissu du derme est, par places, envahi par les cellules embryonnaires. Ocul. 4, proéction (?), système de Reichert 4°.

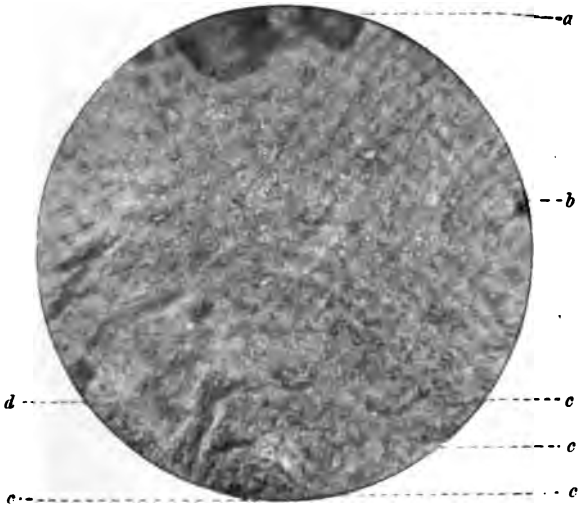


FIG. 2. — Préparation, colorée par l'orcéine d'après Unna-Jaenzer. — *a*. Papilles, et *b*. Derme complètement dépourvu du tissu élastique. — *c*. Reste du tissu élastique dans la couche profonde du derme. — *d*. Vaisseaux. Ocul. 4, proéction Zeiss, système D. D. Zeiss.

Photographies microscopiques. (Appareil de REICHERT.)

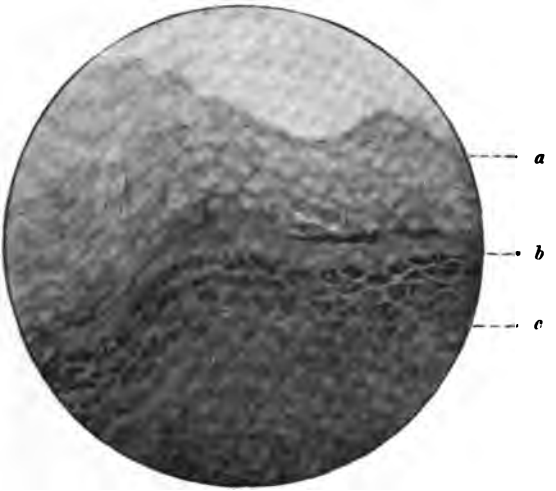


FIG. 3. — Hyperkératinisation très marquée de l'épiderme. — *a*. Stratum cornéen. — *b*. Stratum lucidum. — *c*. Couche granuleuse. Ocul. 4, proéction Zeiss, système D. D. Zeiss.

Photographie microscopique. (Appareil de REICHERT.)

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LIII

Janvier à Juin 1900.

A

Accouchement. Voir : *Dystocie.*
Accouchements (La pratique des —, obstétrique journalière, par H. Varnier), 18.
Accouchement prématuré artificiel (44 cas d' —, résultats), 406.
Acétonurie (De l' — pendant la grossesse), 161.
Achondroplasie (Un cas d' —), 316.
Adéno-myômes de l'utérus, etc., 428.
Appendicite et grossesse, 357.
Appendicite (Son importance pour l'accoucheur et le gynécologue), 402.

C

Catarrhe oculaire à la suite des instillations argentiques chez le nouveau-né, 154.
Col. Voir : *Dystocie.*
Col de l'utérus (amputations du — pour métrites chroniques), 241.
Col (Rigidité du —), 63.
Cordon ombilical (Étranglement du — par une bride amniotique), 448.
Cordon ombilical (Ligature et pansement du —), 152.
Corps jaunes (Histologie des —), 229.
Couveuses (Les — aux Enfants-Assistés), 57.

D

Désinfection (De la — des mains), 475.
Dystocie par fibromes utérins, 291, 320.
Dystocie par rigidité du col — opération de Porro, 55.

E

Eau oxygénée (De la valeur de l' — dans les hémorrhagies utérines), 34.
Emphysème utérin et septicémie gazeuse, 434.

F

Fibromes compliqués de grossesse (indications opératoires), 81.
Fibro-myôme utérin calcifié, pierre utérine, 208.
Fistules vésico-utéro-vaginales profondes (Nouveau procédé opératoire pour la cure des —), 196.
Fœtus (Du soi-disant fœticide thérapeutique), 1.

G

Grande lèvre (Kyste dermoïde, fibrome de la —), 214.
Grossesse. Voir : *Acétonurie; fibromes ; kyste de l'ovaire ; pyélonéphrite.*
Grossesse extra-utérine (De la —), 43 ; 229, 397.
Grossesse tubaire, 210 ; 229 ; 390.
Grossesse tubaire (Note sur l'anatomie de la c. réfléchie dans la —), 318.

H

Hémostase (Avantages d'opérer sans — préalable), 323.
Hernie congénitale de la trompe gauche, 201.
Hydrosalpingite droite à pédicule tordu. Pelvi-péritonite. Appendicite, etc., 118.

Hydrosalpinx droit (Torsion du pédicule d' — coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire, etc.), 391.
Hystérectomie. Voir : *Opération de Porro, Perforation.*

I

Inversion utérine complète 36 heures après l'accouchement, 405.
Irrigation continue (Appareil à —), 64.

K

Kyste de l'ovaire avec généralisation, 210.
Kyste de l'ovaire, torsion du pédicule au 2e mois de la grossesse, etc., 320.
Kyste parovarique, etc., 98.

L

Laminaire engagée par erreur dans les voies urinaires, taille uréthrale, 206.
Ligament large (Fibro-myôme aborigène du —), 203.
Ligament rond (Fibro-myôme de la portion abdominale du —), 307.
Ligature des artères de l'utérus dans le cancer de cet organe, 207.
Lipome sous péritonéal (volumineux), 229.

M

Méningocèle de la région occipitale, etc., 398.

N

Nouveau-né. Voir : *Catarrhe, méningocèle.*

O

Opération de Porro (2 cas d' —), 317.
Organes génitaux (Anomalie des —), 234.
Ovaire (Tumeur solide de l' — avec fibromes utérins), 236.
Ovarite (De l' — scléro-kystique), 260.

P

Paroi abdominale (Fibrome de la —), 226.
Perforation de l'intestin après une hystérectomie vaginale, 226.
Périvaginite phlegmoneuse disséquante (Note sur la —), 105.
Placenta. V. *Sclérodermie.*
Placenta (hémorrhagies par décollement du — normalement inséré), 193.
Protargol au lieu de nitrate d'argent pour les instillations à la Credé, 151.
Psoïtis et arthrite sacro-iliaque puerpérales tardives, 62.
Pyélonéphrite et grossesse, 61

S

Salpingites (Torsion des —), 303-398 ;
Salpingostomie (de la —), 186.
Sclérodermie ; atrophie et dégénérescence scléreuse placentaire ; mort du fœtus, etc., 216.
Sclérose utérine et vraie métrite, 368.
Sein (Fissures du —, traitement), 150.
Septicémie gazeuse puerpérale, 451.

T

Tétanie infantile (Fréquence et formes rares de la —), 62.
Thérapeutique intra-utérine (Travaux récents sur la —), 124.
Trompes. V. *Hernie, Hydrosalpingite, Salpingites.*
Trompes de Fallope (Amputation spontanée des —), 439.

U

Utérus.— Voir : *Col, Emphysème, Fibrome, Hystérectomie, Ligature, Sclérose.*
Utérus et les Annexes (Suites des opérations pratiquées sur l' — au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Hystéropexie), 148, 315 ; 400.
Utérus (Rupture de l' —), 56, 245.

V

Vagin (Corps étrangers du —), 235.
Vulve (Cancer de la —), 213.
Vulve (Epithéliome de la —, point de départ d'accidents phlegmoneux graves), 210.
Vulve (Kraurosis de la —), 413.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LIII

Janvier à Juin 1900.

MÉMOIRES ORIGINAUX

BAUDRON. Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. Laparotomie, guérison, 390.

CLAISSE (A.). Développement des adéno-myômes utérins de nature inflammatoire, 428.

CLAISSE (A.). Fibro-myôme de la portion abdominale du ligament rond, 307.

COUVELAIRE (A.). Étranglement du cordon ombilical par une bride amniotique, 448.

DELAGÉNIÈRE (H.). Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse, 81.

FRAIKIN. L'ovarite scléro-kystique, 261.

GOUBAROFF. Des avantages d'opérer sans hémostase préalable, 333.

GOUILLIOUD. De la Salpingostomie, 186.

HERRGOTT (F.-J.). La pratique des accouchements, obstétrique journalière, par H. Varnier, 18.

HIMMELFARB. Du kraurosis de la vulve, 413.

JEANBRAU et MOITESSIER. Kyste parovarique contenant vingt-trois litres de liquide albumineux, 99.

LEPAGE (G.). Dystocie par fibromes utérins, 291.

PINARD. Du soi-disant fœticide thérapeutique, 1.

PINARD. Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse, 357.

PLATON. De la valeur de l'eau oxygénée dans les hémorrhagies utérines, 34.

RICHELOT. La sclérose utérine et la vraie métrite, 368.

RIES (E.). Amputation spontanée des deux trompes de Fallope, 439.

ROUSSE. De l'acétonurie pendant la grossesse, le travail de l'accouchement et les suites de couches, 161.

VON LINGEN. Note sur la périvaginite phlegmoneuse disséquante, 105.

WEISS et SCHUHL. Quelques réflexions à propos de 2 cas de rupture spontanée de l'utérus et de leur traitement chirurgical, 245.

REVUES CLINIQUES

HARTMANN. Hydrosalpingite droite à pédicule tordu. Pelvi-péritonite adhésive. Appendicite. Ablation des annexes droites et résection de l'appendicite. Guérison, 119.

REVUES GÉNÉRALES

LABUSQUIÈRE. De la désinfection des mains, 475.

LABUSQUIÈRE. De la grossesse extra-utérine d'après O. Küstner, 43.

LABUSQUIÈRE. De l'emphysème utérin et de la septicémie gazeuse puerpérale, 454.

LABUSQUIÈRE. Travaux récents sur la thérapeutique intra-utérine (Traduit du *Monats. f. Geb. u. Gyn.*), 124.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

LABUSQUIÈRE. Nouveau procédé opératoire pour la cure des fistules vésico-utéro-vaginales profondes, d'après N. Bardescu, 196.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 55, 148, 313, 397.
Société anatomique, 202.

REVUES ANALYTIQUES

Thérapeutique (Nourrice et nouveau-né), 150.

BIBLIOGRAPHIE

ALBAN DORAN. Kyste de l'ouraque, 412.
BOUQUET (P.). Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques, 65.
CAFFAREL. De la ligature ou du pincement des fibromes, 66.
DMITRIEV. De la question du forceps haut, 157.
FÜRST (C.). Influence de la profession sur le développement des déviations utérines et des annexites chroniques, 67.
GOROKHOV. Extirpation de l'utérus et de ses annexes par le vagin avec l'application de pinces à demeure, 158.
GUZARTSHIK. Drainage capillaire de l'utérus comme méthode thérapeutique des endométrites post-partum, 158.
LUCAS (A.). Traité théorique et pratique d'électricité médicale, 412.
MATSIEEVSKY. La version prophylactique dans les bassins rachitiques et l'expectation simple, 156.
MEYER. Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des fœtale und kindlichen Uterus einschliesslich der Gartner'schen Ganges, 66.
MOSSÉ (P.). État actuel de l'opothérapie ovarienne ; étude expérimentale et clinique, 410.
OLSHAUSEN et PFANNENSTIEL. Comptes rendus de la huitième réunion de la Société Allemande de Gynécologie, 243.
PAPOU. Tuberculose des voies puerpérales, 156.
PFANNENSTIEL. L'incision cruciale dans les cœliotomies, 244.
PHOCAS. Etude de gynécologie opératoire, 412.
PRIGARA. Eléphantiasis des organes génitaux externes de la femme, 160.
ROSSA (E.). Les productions pédiculées du ligament large, 67.
SCHULTZE. Lehrbuch der Hebammen Kunst, 68.
SHIRTOV. Papillomes kystiques au point de vue clinique et pathologique, 158.
VINCENZO GRECO. Les altérations des annexes dans les fibromes utérins, 68.
ZWEIFEL (P.). Operationes tocologicæ, etc., 323.
Annales de la Sociéte obstétricale de France. Paris, 1900, p. 65.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL, 69, 323.

VARIA

XIIIe Congrès international de médecine, 412.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LIV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.....	20	—
Pour les pays de l'Union postale....	22	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LIV

Contenant des travaux de

BEYEA (D.-N.), CALDERINI, CALDERON,
GOSSET et MOUCHOTTE, FRANTA, HARTMANN, LABUSQUIÈRE,
MOUCHET, PINARD, SPINELLI, WORMSER.

1900

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1900

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JUILLET-AOUT 1900

13e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, TENU A PARIS DU 2 AU 9 AOUT 1900.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

La séance d'ouverture a eu lieu le vendredi 3 août à 9 heures dans l'Amphithéâtre de physique de la Faculté des sciences, sous la présidence du professeur A. Pinard, assisté de MM. Budin et Herrgott, *vice-présidents;* Bar et Champetier de Ribes, *secrétaires généraux;* Bonnaire, Demelin, Doléris, Maygrier, Porak, Queirel, Ribemont-Dessaignes, Varnier, *membres du Comité.*

Assistent à la séance et sont, sur la proposition du Président, nommés *Présidents d'honneur :* MM. A. R. Simpson; Zweifel, Winckel, Hofmeier, Léopold, Löhlein, Schultze; Morisani, Mangiagalli, Pestalozza, Calderini; Treub; Veit; Draghiescu; Sneguireff; de Ott.

Sont également nommés *présidents d'honneur :* MM. Kufferath, Lebedew, Makeiev, Pasquali, Rein, Smily, qui, pour des raisons majeures, n'ont pu assister au Congrès après s'y être fait inscrire.

Le professeur A. PINARD prononce le discours d'ouverture suivant :

MES CHERS CONFRÈRES,

En déclarant ouverte la première séance du XIIIe Congrès international de médecine dans la *Section d'Obstétrique*, et avant de commencer nos travaux, je vous prie de me permettre d'adresser aux collègues qui m'ont appelé à l'honneur de vous souhaiter la bienvenue, la nouvelle expression de mes plus sincères remerciements. A vous tous, qui êtes venus à notre appel, au nom du Comité tout entier, j'adresse l'expression de notre plus cordiale gratitude.

Quelle que soit la nation à laquelle vous apparteniez, vous êtes ici chez vous, sur une terre hospitalière, et dans un domaine qui nous est commun, que nous aimons tous avec passion, que nous voulons tous accroître : le domaine de l'obstétrique. C'est assez vous dire quelle action synergique doit présider à nos travaux si nous les voulons fructueux.

Ce sont des luttes qui vont commencer, où nous applaudirons aux efforts des combattants : luttes dans lesquelles il n'y a point de vaincus, puisque dans l'ordre scientifique, aucun effort n'est inutile; luttes dans lesquelles, malgré la conviction, l'ardeur et la passion des champions, il ne doit pas y avoir d'ennemis, puisque les personnalités seront toujours en dehors du débat, et que seules les idées pouvant nous conduire à la vérité doivent être mises en jeu; luttes après lesquelles on voit les adversaires s'étant le plus violemment combattus, s'estimer davantage et se serrer cordialement les mains.

Si, depuis vingt-cinq ans, la face des choses a changé en obstétrique sous l'influence des immortelles découvertes de Pasteur et de Lister, nous sommes encore loin de tout savoir et de tout connaître. Même sur le terrain des infections, il reste un *caput mortuum*, qui trop souvent encore fait notre désespoir. Je ne doute pas que sur ce point les travaux que l'on va nous faire connaître, et que nous attendons avec impatience, ne nous rendent plus puissants.

Que d'inconnues encore sur tant d'autres chapitres !

Enfin, il faut le reconnaître avec satisfaction, j'allais dire avec orgueil, le rôle de l'obstétricie grandit sans cesse. Aujourd'hui plus que jamais on peut la définir : la science qui a pour but *la connaissance de tout ce qui intéresse la reproduction de l'espèce humaine*. A nous de l'agrandir encore.

Le programme des communications annoncées me donne l'espoir, sinon la certitude, que cette session ne sera pas inférieure aux sessions précédentes et que de nouvelles victoires seront enregistrées.

Quoi qu'il en soit, je prie tous nos collègues qui nous ont fait l'honneur de nous apporter des communications, tous les délégués des gouvernements et des Sociétés savantes, d'agréer nos sincères sentiments de reconnaissance. A tous j'adresse notre salut le plus cordial.

M. le professeur Zweifel, *président d'honneur*, déclare ouverte la discussion sur la première question à l'ordre du jour :

ÉTIOLOGIE ET NATURE DES INFECTIONS PUERPÉRALES

Rapporteurs : Doléris, Krönig, Menge, Pestalozza.

1° Rapport de Doléris (1).

Le titre du sujet ainsi exprimé ne prête à aucune équivoque. Il s'agit bien, exclusivement, des septicémies dont l'accouchement est l'occasion, et, pour mieux préciser encore, des complications infectieuses développées au niveau de la muqueuse ou des plaies génitales chez les accouchées.

Le principe de ces infections est l'action d'un microbe pathogène isolé ou de plusieurs associés mis en contact avec une surface traumatisée ou simplement dénudée.

---

(1) Manuscrit remis par l'auteur à la Rédaction des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

Leur caractéristique obligée est la porte d'entrée vulvaire, vaginale ou utérine, au delà de laquelle l'invasion s'effectue et progresse, de dehors en dedans, vers les milieux profonds. Il n'y a pas lieu d'admettre qu'une infection siégeant dans un foyer étranger à l'appareil génital soit capable d'aller engendrer les phénomènes caractéristiques d'une septicémie puerpérale au niveau de l'endomètre. Nous devons donc écarter du groupe des septicémies puerpérales les pyrexies infectieuses, les lésions septiques localisées, susceptibles de généralisation après l'accouchement et, d'une façon générale, les infections antérieures ou coexistantes, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, herpès, résorption intestinale fébrile, etc. Si ces espèces sont d'un grand intérêt clinique, elles sont nosologiquement en dehors du sujet.

Bien que la question posée ne le comporte pas absolument, on ne reprochera pas à un Français de rappeler brièvement l'historique d'une découverte en tête de laquelle rayonne le nom de notre grand Pasteur.

C'est à côté de ce maître vénéré qu'il y a vingt ans aujourd'hui je dus mon initiation aux recherches bactériologiques ; et c'était précisément l'aurore de la vérité scientifique qui règne aujourd'hui sans conteste sur la nature et l'étiologie microbiennes des septicémies puerpérales.

On peut envisager deux périodes bien tranchées dans l'évolution des doctrines qui régnèrent sur ce qu'on a appelé de tout temps la fièvre puerpérale :

La *période præ-pasteurienne* et la *période pasteurienne*.

PÉRIODE PRÆ-PASTEURIENNE

La première a vu se dérouler et passer bien des théories qui, malgré leur diversité, se rattachent par quelque côté à la doctrine actuelle. Il est certain que la plupart des accoucheurs antérieurs à la période où les recherches anatomiques devinrent florissantes furent toujours hantés par la même idée. Il s'agissait pour eux d'une maladie de décomposition, d'une fièvre putride dans laquelle la présence de débris putréfiés dans l'utérus provoquait de proche en proche l'empoisonnement de l'organisme tout entier, accompagné de fièvre et fréquemment de mort.

Les systèmes ont pu varier. Depuis Hippocrate, néanmoins, nous retrouvons à chaque siècle l'opinion correspondante à cette doctrine générale. Elle survit à toutes les autres.

L'essentialisme, avec l'idée du miasme extérieur; plus tard le vitalisme avec les théories humorales diverses; enfin, le système des localisations anatomiques, ou organopathies, eurent des défenseurs convaincus, et ils avaient encore des partisans lors de l'avènement de la doctrine microbienne. Nous les retrouvons aujourd'hui transformés et utilisés dans la conception moderne des septicémies puerpérales.

L'essentialisme, en effet, avec la conception hypothétique d'un miasme contagieux, s'est mué en la notion irréfutable du microbe tout à la fois agent pathogène et contage vivant.

Les doctrines humorales, qui concevaient l'organisme humain comme capable de faire de toutes pièces la fièvre puerpérale, en vertu d'une disposition spéciale à la femme enceinte, se retrouvent dans les acquisitions scientifiques sur la constitution du terrain gravidique puerpéral. La femme enceinte et plus encore la femme accouchée sont des milieux singulièrement favorables à la diffusion des microbes pathogènes et à la résorption des sepsines. Ces conditions particulières mieux déterminées, quoique bien mystérieuses encore, dépendent de la constitution chimique des milieux liquides, des troubles sécrétoires, de l'accumulation possible des déchets organiques résultant du ralentissement général de la nutrition et de l'encombrement des émonctoires. Cet ensemble crée en partie le *terrain* prédisposé. — L'ébranlement causé par le traumatisme obstétrical, les plaies génitales et les liquides fournis par elles complètent la prédisposition.

Il n'est pas plus possible aujourd'hui que par le passé de dénier à ces conditions vitales (disons *humorales* pour conserver l'ancienne étiquette), mieux déterminées et transformées suivant les conceptions scientifiques modernes, une grande importance dans la pathogénie de l'infection, dans sa manière d'évoluer, dans sa bénignité ou sa gravité, dans les circonstances qui décident de l'immunité, de la résistance, de la survie ou de la mort.

La doctrine anatomique, contemporaine de la théorie du phlogistique, a ouvert, dès le commencement de ce siècle, une large voie aux localisateurs.

Si les systèmes qui, peu soucieux de l'étiologie, faisaient consister tout le mal dans les lésions étaient insuffisants ou erronés, ils n'en ont pas moins eu le mérite de révéler d'une façon tangible le siège de ces lésions, et, plus tard, d'apporter une donnée positive à la connaissance des voies d'extension et de diffusion des processus morbides. Le réalisme trop exclusif de cette doctrine a donc eu son utilité puisque

nous lui devons la connaissance de la métrite, de la salpingite, de l'ovarite, des phlegmons cellulaires et, grâce à des études mieux précisées, celle du cheminement de l'inflammation et du pus dans les veines, dans les lymphatiques ; enfin, la démonstration et une claire interprétation des lésions métastatiques.

Lorsqu'en 1858 le mécanisme de l'infection primitive de la plaie puerpérale fut affirmé et que les lésions secondaires diffuses de cette infection primitivement locale furent assimilées avec une lucidité parfaite aux lésions des infections chirurgicales, il ne restait plus qu'à déterminer le facteur premier des unes et des autres. Les esprits étaient prêts pour la doctrine moderne du microbisme.

Tout ne s'est pas entièrement perdu de l'ensemble considérable d'efforts et d'idées poursuivis dans des voies différentes.

La doctrine géniale de Pasteur, en apportant la preuve matérielle de l'existence d'un contage vivant, a confirmé l'œuvre des siècles précédents.

Avant que Pasteur se fût personnellement attaché à préciser avec la rigueur désirable l'existence et la forme de son contage, sa doctrine générale du rôle des germes pathogènes dans les maladies avait suscité quelques essais dans la voie des recherches microbiennes et dans la donnée pratique de la lutte contre la contagion.

Il y a vingt et un ans exactement nous étions à l'époque où, devant les conquêtes incessantes de la science microbienne, l'opinion commençait à se recueillir ; on se réservait et déjà l'on pouvait pressentir que le moment était proche où la démonstration allait se faire, éclatante et simple tout à la fois, d'une étiologie précise comme un dogme de science exacte.

PÉRIODE PASTEURIENNE.

LES MICROBES PATHOGÈNES DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

Les tentatives antérieures à 1879, rares et isolées, comme celles de Recklinghausen, Mayrhofer, Waldeyer, Orth, etc..., en vue d'établir la nature microbienne des septicémies puerpérales, procédaient, cela vient d'être dit, du mouvement scientifique général éveillé depuis plus de vingt ans alors par les travaux de Pasteur. Elles eurent une faible notoriété et encore moins une influence réelle sur l'opinion. De vagues observations microscopiques, dépourvues des conditions rigoureuses exigées par l'analyse microbiologique et de la sanction positive de l'ino-

culation des germes isolés à l'état de pureté, ne pouvaient qu'aiguiser la curiosité, tendre les esprits, accentuer les controverses, sans conduire à une démonstration irréfutable. L'inoculation aux animaux des liquides pathologiques tels quels, tentée par d'autres expérimentateurs, était moins encore susceptible de dégager le rôle isolé des microbes.

Donc, la doctrine pasteurienne adaptée à l'étiologie générale des maladies infectieuses et étendue aux infections chirurgicales et obstétricales avait conquis des partisans parmi le monde médical ; mais la conviction était loin de régner dans le monde des accoucheurs. Il serait plus juste de reconnaître que l'on était en pleine période de scepticisme.

Découverte du streptocoque puerpéral. — En mars 1879, Pasteur détermina l'existence d'un coccus en chaînette, le *streptocoque*, dans le sang d'une femme infectée après l'accouchement. Ce microbe fut prélevé et cultivé à *l'état de pureté*.

La démonstration était absolue. Antérieurement Pasteur avait constaté le même organisme dans divers foyers de suppuration, avec la même précision. Au cours de la même année, au travers de mes recherches sur la pathogénie de l'infection puerpérale, j'eus l'occasion d'étudier le streptocoque de l'érysipèle tout à fait semblable au précédent.

Démonstration de l'action pathogène des germes puerpéraux. — J'ai démontré pour la première fois, par l'inoculation positive aux animaux, la virulence du streptocoque et de certains autres germes puerpéraux cultivés par la méthode rigoureuse de Pasteur et multipliés dans des milieux différents. Cette expérience dégageait le rôle exclusif des microbes séparés des liquides pathologiques qui les renfermaient.

Dès lors, la doctrine de l'étiologie bactérienne se trouvait solidement assise.

Des recherches datant de la même époque paraissaient établir l'existence d'infections dues à d'autres organismes que le streptocoque : un microcoque du pus affectant la forme de diplocoques et de grappes, organisme qui fut dénommé peu après *staphylocoque ;* des formes *bacillaires* dont une, prédominante, cultivant en anaérobie et qui répondait au *bacille septique* de Pasteur.

Ces microbes furent rencontrés souvent à l'état d'association avec d'autres espèces. L'impossibilité de les isoler, en vue de les différencier pour une étude séparée, fut cause qu'on ne leur accorda pas la même importance qu'au microbe en chaînettes qui se rencontrait le plus fréquemment dans les *exsudats pathologiques*.

Unicité. Pluralité étiologique.—Il se forma très vite une école qui affirma

l'*unicité* étiologique de l'infection puerpérale dont le seul germe vraiment pathogène devait être le *streptocoque pyogène* (Chauveau, Widal, etc.). Il fut démontré que ce streptocoque est capable de produire toutes les formes cliniques et de réaliser toutes les lésions bénignes ou sévères, lentes ou rapides, exsudatives ou suppurées de l'infection puerpérale; et cette opinion s'accordait bien avec la notion déjà établie de l'identité du streptocoque puerpéral avec le streptocoque des variétés diverses de la suppuration en général, du phlegmon, des lymphangites graves et de l'érysipèle.

La doctrine de *l'unicité* est peut-être séduisante et simple; mais elle était certainement aventurée.

Elle compte encore quelques partisans, malgré les faits qui tendent à maintenir la doctrine inverse de la *pluralité* des germes pathogènes.

Nous restons attaché à cette dernière tout en reconnaissant, ce qui fut pour nous le dogne de la première heure, la grande prédominance de fréquence de l'infection puerpérale streptococcique.

Cette controverse est d'un grand intérêt, car de sa solution dépendent au moins deux conclusions très importantes: la valeur diagnostique de l'examen bactériologique, l'efficacité de la sérothérapie.

A priori, il est raisonnable de croire à la diversité possible des pathogènes, dans les plaies génitales de l'accouchée, puisque cette diversité peut exister, de toute évidence, dans les traumatismes chirurgicaux infectés. Le pus lui-même est fonction d'organismes différents. La logique conduisait donc à ne point admettre l'étiologie streptococcique exclusive de l'infection des accouchées ; tout au moins elle commandait de ne l'accepter qu'après la démonstration absolue de l'innocuité des autres espèces. Or l'expérience a prononcé affirmativement sur la virulence de quelques-uns de ces microbes.

Le problème varie encore, si on réfléchit que l'infection peut être polymicrobienne d'emblée et résulter de l'association d'organismes divers, qui doivent s'influencer réciproquement, atténuer ou exalter la virulence quand ils agissent simultanément, dans le même milieu, et modifier enfin les effets de l'infection quand l'action de l'un succède à la disparition de l'action produite par celui qui l'a précédé.

La question des symbioses et de la concurrence microbienne, comme celle des actions successives, sont loin d'être résolues.

L'existence d'un germe unique pur dans le sang, critérium accepté autrefois pour fixer la forme étiologique, ne saurait résoudre la difficulté, aujourd'hui que nous nous trouvons en présence de la notion

certaine de l'infection déterminée par des sepsines élaborées en dehors du milieu sanguin, le sang restant assez fréquemment stérile.

Dans nos premières recherches bactériologiques, si imparfaites à cet égard, l'association des *cocci* avec des *bacilles*, celle du streptocoque et du staphylocoque seuls ou réunis aux bacilles se trouvent souvent mentionnées. Dans les relations les plus récentes nous retrouvons encore parfois ces mêmes associations ; cela ne fait qu'ajouter à la complexité du problème.

Beaucoup de raisons, et non des moindres, militent encore contre la doctrine de l'unicité. Il manque en effet à l'étude de l'étiologie des septicémies puerpérales, un argument de grande valeur : c'est la certitude que nos moyens de culture sont suffisants. Un premier doute grave vient à l'esprit quand on songe au peu d'importance que l'on a accordé jusqu'ici à l'étude des anaérobies et à la négligence de la culture dans le vide des liquides prélevés sur les femmes infectées. Le doute s'accentue quand on considère que les examens bactériologiques, ne se peuvent faire, pendant la vie, que sur le sang ou sur les lochies et que, dans de telles conditions, nos ressources expérimentales sont singulièrement limitées et infidèles. Après la mort, au contraire, à l'autopsie surtout, l'étude devient facile ; mais comporte-t-elle la même rigueur d'observation et les résultats ainsi obtenus ne sont-ils pas faussés par l'invasion *post-mortem* de bactéries de provenance étrangère ?

En résumé, la logique est d'accord avec l'observation contre l'unicité étiologique : la doctrine de l'action associée de plusieurs germes ne suffit pas à confirmer ou à infirmer la théorie de la pluralité des pathogènes ; — la limitation des procédés d'investigation et la stérilité fréquente du sang étudié pendant la vie, restreignent la valeur des résultats, tandis que les études *post-mortem* sont de nature à les vicier considérablement ; — la négligence de la recherche des anaérobies apportée jusqu'ici dans l'étude des septicémies puerpérales laisse dans l'obscurité tout un côté important de la question.

Pour toutes ces raisons, il est prudent de tenir principalement compte des recherches qui ont permis de reconnaître la présence de pathogènes isolés dans les produits et les milieux infectés.

Ces pathogènes sont biologiquement d'espèces différentes.

Les uns sont aérobies stricts ou obligés, les autres sont mixtes, c'est-à-dire aérobies ordinaires, mais anaérobies facultatifs ; d'autres enfin, moins bien connus, sont des anaérobies obligés.

Les aérobies stricts sont : quelques variétés bacillaires sur le compte desquelles on n'est pas très bien fixé, le coli-bacille, le gonocoque de Neisser.

Les mixtes principaux sont : le streptocoque et les staphylocoques. Ils se rencontrent à l'état de saprophytes habituels, comme les staphylocoques, ou accidentels, comme le streptocoque, sur la peau du périnée ou à l'entrée des voies génitales ; mais ils peuvent vivre, se développer et agir en anaérobies dans les cavités et les tissus privés du contact de l'oxygène.

Quant aux anaérobies stricts, ce sont d'abord ces espèces infiniment nombreuses qui vivent en saprophytes au sein des tissus mortifiés, en voie de putréfaction, et qui peuvent être transportés mécaniquement dans les voies génitales de l'accouchée ; ensuite les espèces non moins nombreuses qui habitent le vagin, le col utérin en qualité de saprophytes habituels.

Il n'est pas possible d'aborder l'étude détaillée de tous les pathogènes réels ou supposés appartenant à ces trois catégories.

Pour nous il en est de communs et il en est de rares ; il y en a même de tout à fait exceptionnels.

Leur nombre et les contestations dont ils sont l'objet nous obligent de passer rapidement sur ceux dont la présence a été rarement constatée.

Ces pathogènes singulièrement plus rares, sont : le microbe *diphtérique*, le *pseudo-diphtérique*, le *pneumocoque*.

Les deux premiers ont été déterminés dans certaines eschares à extension rapide en surface, avec productions membraniformes blanchâtres épaisses ; le pneumocoque a été constaté dans des foyers suppurés ou dans l'exsudat de la péritonite.

Les observations prêtent à de telles contestations qu'il est prudent d'attendre de nouvelles démonstrations et de ne point insister pour l'instant sur le rôle de ces espèces.

Moins rare serait le *gonocoque* et on comprend aisément que la présence incontestable de cet organisme, aujourd'hui bien connu, dans les foyers multiples de l'infection gonorrhéique, en dehors de la grossesse, est un argument en faveur de son existence dans les mêmes foyers chez la femme enceinte. L'urèthre qui le recèle longtemps, les follicules vulvaires, les glandes de Bartholin, dont la suppuration est parfois constatée au cours et à la fin de la grossesse, sont des sources d'alimentation pour le vagin et l'utérus. En fait, ce pathogène se

retrouve dans les sécrétions gravidiques et dans les lochies pathologiques des premiers jours du post-partum. L'ophtalmie gonococcique des nouveau-nés en est la preuve irréfutable. Je l'ai rencontré, très rarement il est vrai, mais très certainement. Quelques accoucheurs croient sa présence assez fréquente dans les liquides vaginaux des femmes infectées.

A la clinique de Dresde (Léopold, communication verbale) on le rencontrerait dans le dixième des cas environ. Cette proportion est très élevée, à notre avis, et ne répond pas à notre propre expérience.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas grand intérêt à s'appesantir sur l'étude d'un organisme qui jusqu'à présent n'a pas fourni l'occasion de constatations d'un intérêt spécial pour la clinique.

Quant aux autres pathogènes plus rares encore, il nous est impossible de faire autre chose que de les mentionner dans le tableau ci-contre.

TABLEAU DES PRINCIPALES VARIÉTES BACTÉRIENNES PATHOGÈNES DES ORGANES GÉNITAUX

Aérobies.

1° *Gonocoque de Neisser* (aérobie obligé).
2° *Bacille de Weeks* (en massue), pathogène douteux.
3° *Streptocoque pyogène* — qu'il ne faut pas confondre avec les :
Strep. brevis (de la salive).... } non pathogènes.
Strep. tenuis (Veillon)..... }

Anaérobies obligés (1).

1° *Micrococcus fœtidus* (Veillon).
2° *Bacillus funduliformis* (Hallé).
3° *Bacillus nebulosus.*
4° *Bacillus caducus*..... { (dans la rétention placentaire et les abcès péri-utérins).
5° *Bacillus septicus* — B. œdematis.

(1) Les anaérobies stricts indiqués dans ce tableau sont aptes à produire, par inoculation aux animaux, des abcès fétides, des œdèmes à extension rapide, des gangrènes étendues, des sclérémes, et à tuer assez souvent les sujets en expérience. Le microc. fœtidus est de virulence exaltée quand il est associé au staphyl. aureus.

ANAÉROBIES FACULTATIFS.

1° *Staphylococcus aureus.*

S. pyogenes albus (à ne pas confondre avec le staphyl.epidermitis albus ou microc.-cutis commun (non pathogène).

2° *Coli-bacille.*

3° *Bacille pseudo-diphtérique* (pathogène discuté) à ne pas confondre avec un bacille long et fin (Hallé) non pathogène, rencontré dans le vagin, le col utérin et le pus de la bartholinite.

4° *Streptococcus pyogenes*, considéré comme putréfiant et probablement confondu avec le microc.-fœtidus de Veillon qui se met parfois en chaînettes de cinq et six grains.

Il nous reste donc à envisager les espèces communes :

Le ou les streptocoques,

Le ou les staphylocoques,

Le coli-bacille,

Le groupe des anaérobies.

Nous réserverons tout notre soin à cette étude, en accordant aux anaérobies une attention plus spéciale en raison de l'actualité et aussi de l'importance pratique qui découle des notions les plus récentes sur ces espèces.

I. — **Streptocoque pyogène. — Streptococcie puerpérale.** — Refaire ici l'histoire du streptocoque serait superflu. Il est le mieux connu des microbes pathogènes de l'infection puerpérale ; c'est le plus commun ; il est certainement le plus redoutable des ennemis que l'accoucheur ait à combattre. Voilà ce sur quoi tout le monde est d'accord depuis la découverte de Pasteur. — L'identité du strep. pyogène puerpéral avec le strep. du pus et celui de l'érysipèle, indique nettement la multiplicité des facultés pathogènes de ce microbe. Elle indique son aptitude à faire de grandes suppurations, et à envahir rapidement les tissus par la voie lymphatique. Nous savons aussi qu'il possède une puissance de pénétration singulière qui lui permet de traverser la muqueuse utérine pour envahir les tissus sous-jacents, jusqu'au péritoine. Il pénètre de même la voie sanguine et sa présence dans les veines — que j'ai décrite, affirmée et figurée en 1879 — a été démontrée au moyen de la coloration des coupes par Widal. De telle sorte que la préférence du streptocoque pour l'une ou l'autre voie n'est pas possible à déterminer. — Enfin, nous connaissons l'évolution

cyclique de la période pathogène de cet organisme et nous savons quelle est de courte durée ; ce qui permet d'assigner aussi une durée éphémère à sa virulence. C'est un de ceux dont l'action pathogène s'épuise le plus rapidement à moins de reviviscence dans des foyers successifs. — On le trouve souvent mort dans des abcès où végètent de nombreuses espèces aérobies et anaérobies. On le rencontre affaibli et incapable, par la culture, de recouvrer sa virulence ordinaire, dans des collections ou sur des surfaces muqueuses d'aspect sphacélé et diphtéroïde où le staphylocoque et d'autres organismes continuent à multiplier activement et à entretenir la suppuration. Ces notions sont précieuses pour tout chercheur qui tente de pénétrer le secret des détails des processus morbides. Non moins précieuses sont les connaissances relatives aux formes streptococciques qui s'éloignent plus ou moins ou qui diffèrent totalement du s. pyogène. Le s. brevis, le s. tennis, le microc. fœtidus et d'autres espèces analogues, veulent être soigneusement différenciées de lui, et il est probable néanmoins que des confusions ont dû être faites par bien des auteurs à cet égard.

Septicémie staphylococcique puerpérale. — L'infection par les divers staphylocoques, par le *s. aureus* principalement, est acceptée par l'un de mes co-rapporteurs et par la plupart des accoucheurs.

Je renonce volontiers à rappeler le résultat des premières études sur la question, puisque la critique ne s'accommode pas de la simple détermination basée sur l'apparence microscopique et sur des cultures qui malheureusement ne présentaient pas des garanties suffisantes d'isolement et de différenciation. Je me bornerai à mentionner que le staphylocoque est *figuré* et *décrit* dans ces études et que Pasteur affirma l'existence de son côté d'une espèce bactérienne différente du streptocoque qui n'était autre que l'organisme vulgaire du pus, c'est-à-dire le staphylocoque.

En récapitulant, dans la littérature médicale, les observations dans lesquelles le staphylocoque a été rencontré, on ne peut douter que cet organisme a pu faire les frais de suppurations métastatiques dans un certain nombre de cas. Paulowsky, Max Schüller, Hoff et Lévy, Babès, etc... ont apporté des observations certaines sur ce point, encore que l'on puisse critiquer leurs affirmations par d'autres côtés. Il existe des cas de staphylococcie puerpérale généralisée (Strunckmann, Hahn et Cannon).

Enfin les cas sont nombreux d'abcès périmétritiques généralisés

contenant exclusivement le staphylocoque blanc ou doré sans mélange de streptocoques.

Le point le moins controversé est la fréquence relative du staphylocoque trouvé dans les lochies au cours des septicémies puerpérales passagères, si l'on compte les observations dans lesquelles cet organisme a été rencontré seul ou associé avec d'autres.

En ce qui concerne mon expérience personnelle, je rappellerai un cas très net étudié en 1892 qui confirma mes opinions antérieures sur la réalité de la staphylococcie puerpérale.

Dans ma statistique, publiée pour les années 1895, 1896, 1897, j'ai signalé un fait, d'observation banale il est vrai, mais qui ne peut être tenu pour négligeable, c'est que les infections légères et passagères fournissent une fois sur trois les staphylocoques blanc, citrin et doré dans la sécrétion lochiale puisée au niveau du col utérin et dans le fond du vagin.

Depuis cette époque, j'ai noté une proportion un peu moindre.

Par contre, poursuivant l'étude de cette question, j'ai pu recueillir cinq cas graves de staphylococcie, qui auraient pu se terminer d'une manière fatale sans le traitement antiseptique mis en œuvre.

J'en citerai seulement trois tout à fait typiques.

Cas I. — Primipare venue de la ville avec dilatation presque complète. D. P. tentatives multiples de forceps en ville. — La dilatation est suffisante, terminaison rapide de l'accouchement par une dernière application de forceps.— Déchirure du périnée, lacérations multiples du col.

A partir du cinquième jour, fièvre avec oscillations jusqu'au vingt-unième jour : maximum thermique 40°,2.

Lésions. Suppuration de la plaie périnéale, sphacèle et suppuration du col, eschares vaginales ; plaques diphthéroïdes à la vulve.

Bactérioscopie. Le jour même de l'apparition de la fièvre et cinq jours après, on prélève les sécrétions recueillies au niveau du col utérin et on les ensemence sur gélose sucrée peptonisée, légèrement alcaline et dans du bouillon. Les cultures solides permettent de différencier trois espèces de colonies : Staphylocoque doré, staphylocoque blanc et streptocoque court (brevis ou S. de la salive) poussant sur pomme de terre, non pathogène.

La culture immédiate et séparée de ces trois organismes donne des résultats différents par l'inoculation de bouillons de 24 et 36 heures aux animaux.

Le staphylocoque doré inoculé à la cuisse d'un lapin donne un abcès septique au point d'inoculation, de l'ostéomyélite et tue l'animal en une semaine.

Le streptocoque inoculé à un cobaye ne donne aucun résultat ; ses réactions étaient différentes de celles du S. pyogène.

La malade est restée dans un état grave pendant seize jours. Le seizième jour après l'accouchement, elle a fait un gros furoncle de la cuisse droite, contenant du staphylocoque.

doré pur. Vers la même époque l'enfant présente un ecthyma généralisé à staphylocoque doré. Au moment de sa sortie la malade a une tourniole à staphylocoques également.

Cas II.— Primipare, 25 ans, vient de la ville avec le col utérin en voie d'effacement. Elle présente de la fièvre, 39° ax. D. P. Accouchement spontané après 24 heures 1/2 de travail.

Le lendemain, T. 40°, état général mauvais ; pas de fétidité, pas de symptômes péritonitiques Élévation thermique avec rémissions courtes et faibles, de grandes oscillations. Maximum thermique 40°,2, ax. le 14me jour.

Lésions. Déchirure vulvaire insignifiante, n'ayant jamais présenté la moindre complication. Vaste eschare du col constatée le surlendemain de l'accouchement.

Bactérioscopie. Les liquides puisés dans le col et dans la cavité utérine donnent des cultures de staphylocoque doré, d'un leptothrix banal. Aucun streptocoque ni dans les frottis de lamelle immédiats, ni dans les différentes cultures.

Les particularités cliniques sont l'absence de symptômes abdominaux et un subdélire prolongé diurne et nocturne. L'utérus a suppuré longuement et abondamment. L'antisepsie utérine, le drainage permanent et les enveloppements froids ont fini par triompher de l'infection.

Dans ce cas, on a noté surtout une flaccidité singulière des parois utérines. Cette particularité a été constatée dans deux autres observations, notamment chez une jeune primipare de seize ans dont l'utérus a évacué pendant près d'un mois des flots de pus bien lié contenant exclusivement du staphylocoque.

Cas III. — Primipare, 23 ans, accouchement rapide à terme, sans intervention. A son entrée, la malade présentait un effacement complet du col et elle souffrait depuis trois jours. La poche des eaux était intacte. Pendant les six derniers mois de la grossesse, écoulement glaireux jaunâtre très abondant.

Le quatrième jour après l'accouchement, fièvre, accélération du pouls, douleurs vagues dans l'abdomen, sans péritonisme.

Examen. Lésions : éraillures de la vulve d'aspect normal ; éraillures profondes du vagin à surface grisâtre. Col énorme, spongieux, boursouflé, lacéré à gauche.

Flots de mucus jaune citrin adhérent.

Antéflexion marquée. Les annexes sont sensibles. Pansement antiseptique. Drainage. La température, à 39°,8 avant l'opération, descend le lendemain à la normale et s'y maintient pendant cinq jours. On supprime le traitement topique.

Deux jours après, 39°,8 ; le lendemain, 39°,1, et le surlendemain, 40°. L'examen révèle le même état du col, l'existence des mêmes sécrétions. On reprend le traitement. Guérison au bout de vingt-deux jours.— *Bactérioscopie.* Quatre examens de cultures, le 4e jour, le 11e, le 12e et le 14e ont donné, d'une façon exclusive et constante, le *staphylocoque doré* pathogène pour le cobaye, sans aucun streptocoque ni bacille.

Il n'y a point à s'étonner des critiques qui ont été faites des observations relatives à la staphylococcie puerpérale. Il semble même que dans cette critique on ait apporté une certaine tendance à plaider sinon l'irréalité du fait, du moins l'innocuité relative du staphylocoque qui serait impuissant à produire une infection généralisée et une terminaison fatale. Cette appréciation a été appuyée sur diverses raisons qui sont les suivantes :

1° Théoriquement, le streptocoque paraît être le
capable de traverser l'endomètre et de se diffuser
staphylocoque végète sur l'endomètre et ne doit le tr
tionnellement ; les coupes microscopiques colorées n
de le suivre à travers le tissu utérin.

2° Le staphylocoque est associé au streptocoque et
nier ; si les prélèvements pour l'examen ont été faits
ne retrouve plus le streptocoque dont l'action pathogè
fester dans les premiers jours de l'infection.

Contre le premier argument militent toutes les o
lesquelles la métastase suppurée a été observée. Per
apporté la preuve dérivant d'un cas dans lequel l'infecti
constituée par le staphylocoque doré, entretenu per
dans l'utérus en suppuration, produisit des métastas
naires, avec un appareil fébrile rémittent et des sign
ticémie.

Quant à la faculté de pénétrer le tissu utérin, cette
pourra être incontestablement fournie qu'autant qu'o
session un cas de mort par staphylococcie, événeme
devoir être tout à fait exceptionnel.

Contre le deuxième argument, je pourrais rappeler
strepto-staphylococcique a été niée.

Cependant trop de faits militent en faveur de sa r
la puisse mettre en doute. Et pour ne rien affirmer
faits personnels, il me suffira de dire que dans les
coccie pure que j'ai observés l'examen bactériologiq
dès le premier ou le deuxième jour après l'apparitio
On a pu le voir par les relations abrégées qui précède
dans certains cas de rencontrer un streptocoque en m
staphylocoque ; mais cet organisme n'avait ni les cara
priétés du pathogène ordinaire.

Mes observations sont donc valables de tout point.

Reste la moindre gravité générale de l'infection sta
nier serait aller contre l'évidence. Mais affirmer que
ne produit pas parfois des lésions suppuratives d'une
dans l'appareil génital, et par métastase dans les viscè
l'économie, et qu'elle n'est pas susceptible d'occasion
quelques cas rares, serait une dénégation imprudente
vérité.

Le vrai est que la staphylococcie apparaît en général tardivement, à cause de la lenteur du développement de l'organisme spécial, qu'elle évolue beaucoup plus lentement que la streptococcie qu'elle met longtemps à pénétrer les tissus, enfin qu'on en combat beaucoup plus efficacement les effets longtemps localisés par un traitement approprié qu'on ne saurait le faire quand il s'agit du streptocoque qui déjà a souvent essaimé au loin lorsqu'on songe à désinfecter la cavité utérine.

Et qui peut affirmer que la négligence d'une thérapeutique opportune et persévérante de l'infection staphylococcique n'amènerait pas le même résultat fatal que la streptococcie ?

C'est ici le moment d'ajouter que les suppurations utérines prolongées ayant pour cause le staphylocoque engendrent fréquemment les endométrites infectieuses persistantes du post-partum plus sûrement que la streptococcie.

En résumé, les faits, la discussion, la gravité d'évolution de la staphylococcie osseuse et viscérale, parfois mortelle, sont d'accord pour faire classer le staphylocoque comme un pathogène certain des septicémies puerpérales.

Coli-bacille. — Les infections primitives par cet organisme sont loin d'avoir l'importance des infections secondaires. On peut dire qu'il est l'agent des suppurations de la dernière heure et le septique in extremis. Des cas de coli-bacillose puerpérale pure ont été rapportés. Je ne saurais les citer et les analyser ici, mais je m'associe volontiers aux critiques qui ont été faites de ce mode d'infection, notamment et d'une façon remarquable par mon collègue H. Varnier, sans toutefois aboutir au rejet de cette variété de septicémie, surabondamment démontrée en dehors du puerperium.

Ce qui est bien certain encore, c'est que le coli-bacille est par excellence le microbe des associations bactériennes; par conséquent, il est difficile, dans l'examen de chaque cas, de conclure autrement que d'après ce que l'on sait sur le rôle de cet organisme agissant isolément.

A cette heure un doute semble régner quant à sa réelle nocivité en dehors de certains organes et de certains milieux. Dans de telles conjonctures il doit suffire d'enregistrer les faits anciens, et, sans dénier au *coli-bacille* la possibilité de participer activement à la suppuration et à l'infection septique, d'attendre que de nouvelles recherches aient définitivement fixé son rôle parmi les pathogènes puerpéraux.

Le coli-bacille est un hôte habituel de l'intestin. Il végète néanmoins sur le tégument externe et on le rencontre fréquemment sur le

périnée, sur la vulve, à l'entrée des voies urinaires. Son étude a été poursuivie par de nombreux expérimentateurs et, quand on considère les dissidences singulières qui se sont produites à son endroit, on en arrive forcément à conclure que son existence, ses réactions, sa virulence sont soumises à des variations très nombreuses. Il importe de résumer ce qui paraît résulter de solide des nombreuses recherches expérimentales opérées jusqu'ici.

Le colibacille est réellement pathogène et pyogène dans certaines circonstances. Il est *aérogène* certainement dans les milieux additionnés de glucose. Il attaque et décompose les peptones en produisant *l'indol*. L'apparition de ce corps suit immédiatement l'épuisement du sucre. Il tue le cobaye lorsqu'il est injecté dans le sang, et produit des abcès, en inoculation sous la peau. La grande quantité des microbes injectés influe beaucoup sur la gravité des effets produits. — En exaltant la virulence du colibacille (par inoculation dans le péritoine du cobaye par exemple) on obtient, par simple inoculation sous la peau, des effets de généralisation dans le sang et dans les viscères. L'appareil urinaire est un de ses habitats d'élection. Tout s'accorde d'ailleurs en faveur de l'identité du coli-bacille avec le bacille que Clado a décrit dans la cystite purulente.

Les bouillons de culture du coli, soigneusement filtrés, sont toxiques par les sepsines qu'ils renferment.

Le coli-bacille apparaît rapidement dans le sang après la mort. On le trouve souvent en association soit avec le streptocoque, soit avec d'autres bacilles, plus souvent avec le staphylocoque doré.

Ce qui précède indique a priori que ce microbe doit être rencontré souvent dans les septicémies puerpérales, en raison des multiples circonstances qui peuvent l'introduire dans les voies génitales directement. Dans ce cas, il y pénètre comme un staphylocoque aérobie inerte, mais susceptible d'acquérir une virulence anaérobique spéciale au contact des tissus mortifiés.

Les anaérobies pathogènes, auxquels on le trouve fréquemment associé, facilitent cette transformation, leur rôle étant de vivre en épuisant l'oxygène des tissus. Une fois cet épuisement effectué, le coli-bacille, qui est anaérobie facultatif, est obligé de s'orienter vers cette nouvelle condition d'existence. Cela doit expliquer qu'on le trouve dans les foyers pathologiques suppurés, utérins et péri-utérins associé au staphylocoque ou au streptocoque.

A la faveur de la péritonite ou seulement de l'atonie intestinale si

fréquente dans l'infection des accouchées, il traverse les parois de l'intestin altéré dans sa texture, coudé, agglutiné par des exsudats, distendu et aminci, parfois nécrosé. Il devient dès lors pathogène du péritoine.

Il devient enfin pathogène du sang par le fait bien connu de sa généralisation, et d'autant plus aisément et plus vite que la période asphyxique est plus précoce. Après la mort, il y pénètre sûrement par toutes les voies ensemble, et s'il existait déjà dans le sang il s'y multiplie alors avec une grande rapidité.

Le coli-bacille a été trouvé dans les lésions des septicémies puerpérales un tel nombre de fois qu'il n'y a pas à s'étonner qu'on lui ait attribué un rôle pathogène considérable. Cette même raison, aidée des résultats contradictoires fournis par l'expérimentation, avant que les résultats paradoxaux en apparence aient été interprétés, a conduit au contraire certains auteurs à lui dénier une virulence suffisante pour amener à lui seul des septicémies graves ou la mort, et à ne lui accorder qu'un rôle restreint ou subalterne. D'autres allant plus loin encore ne voient en lui qu'un microbe banal, tout au plus agonique et sans action bien démontrée pour la production des phénomènes septiques. Nous devons, nous, le considérer, de par les faits, comme un pathogène certain, et quand il est associé à d'autres organismes nocifs, comme un pathogène dangereux, capable d'aggraver notablement une infection qui eût pu rester modérée, sans son influence propre.

Infection par les saprophytes anaérobies. — La constatation clinique ancienne de la fréquence de la septicémie puerpérale à la suite de la rétention du fœtus ou du placenta putréfiés; la découverte plus moderne de la fièvre du travail, de nature infectieuse et microbienne, s'accordent pour mettre en relief le rôle des anaérobies des voies génitales.

Dans nos premières recherches, en 1879-1880, alors que l'on observait encore dans les Maternités des formes graves de septicémie, et que l'ignorance ou la négligence des lavages antiseptiques hâtifs facilitait le développement des formes putrides de l'infection, l'étude des anaérobies eût été relativement facile, surtout si nous avions eu à notre disposition les procédés modernes de différenciation. Elle resta fatalement vague et incomplète.

Nul doute cependant que les constatations matérielles d'alors n'eussent une valeur absolue quant à l'existence même de *bacilles septiques* divers dans les liquides pathologiques du péritoine, et dans le pus des

organes, et une valeur relative quant à la nature *anaérobie* de certains de ces bacilles que nous cultivions dans des milieux liquides privés d'oxygène. L'inoculation positive directe au moyen du pus et de la sérosité du péritoine, et celle des *cultures pures* aux animaux, ne pouvaient pas davantage laisser planer un doute sur les qualités pathogènes de ces anaérobies. La constatation qu'il m'avait été donné souvent de faire de l'association des formes bacillaires anaérobies avec les cocci, dans les septicémies puerpérales putrides, dans certaines suppurations et en particulier dans la péritonite septique, m'avait amené il y a vingt ans à une conclusion générale qui mérite d'être signalée à nouveau. Je disais que très probablement les bactéries aérobies devançaient l'œuvre des anaérobies et, en épuisant l'oxygène des tissus, préparaient un accès facile à ces dernières en même temps qu'elles favorisaient leur multiplication. Il n'y a pas d'objection sérieuse à faire aujourd'hui à cette ancienne hypothèse.

Ces ébauches d'étude n'ont pas suffi pour entraîner la conviction.

Aujourd'hui les accoucheurs aussi bien que les hommes de laboratoire conviennent cependant de certains faits qui donnent plus de créance aux conclusions d'autrefois. Ce retour à l'opinion que j'ai émise, il y a vingt ans, et qui parut longtemps controuvée, est une satisfaction donnée à la doctrine et aux recherches expérimentales, tout à la fois.

Quel est le mode de pénétration des anaérobies dans les voies génitales ?

Les septicémies par anaérobies dérivant d'une infection *hétérogène*, doivent être, à notre époque, d'une telle rareté que c'est à peine si, pour la pratique, il paraît nécessaire de soulever la question. Toutefois ce mécanisme est incontestable.

Par contre, leur production par le mécanisme *autogénique* a été l'objet d'études nombreuses et c'est surtout cette sorte de faits qu'il est raisonnable d'envisager à l'exclusion des précédents.

Il nous convient de ne rien rappeler aujourd'hui des études d'autrefois et de ne parler que des recherches les plus récentes. Nous devons dire cependant que, la question même de la putréfaction étant sujette à des modifications incessantes apportées par des découvertes nouvelles, il faut s'attendre à voir progresser lentement et varier certainement l'étude des anaérobies.

Ainsi, malgré ce qui vient d'être dit de l'action préparatoire exercée sur les tissus par les aérobies avides d'oxygène et qui semble indiquer

que cette action est, sinon indispensable, du moins très utile, il est démontré que les anaérobies agissant seuls sont capables d'attaquer la matière albuminoïde des cellules, de la peptoniser et de la transformer en putrilage en dégageant des gaz fétides. Cela doit diminuer singulièrement le rôle des pathogènes aérobies. Or tel est le résultat des études de Bienstock et celui également obtenu à l'Institut Pasteur par Veillon et Zuber, dans l'étude du mécanisme des processus putrides et gangréneux provoqués par quelques microbes anaérobies.

Guillemot, en étudiant la gangrène pulmonaire, a démontré la nécessité de plusieurs espèces associées pour la produire, et de son étude il semble bien résulter que la putréfaction est une succession de phénomènes bactériens, auxquels concourent, les unes après les autres, des espèces différentes. Les résultats négatifs dans les travaux de beaucoup d'expérimentateurs sont dus certainement à l'ignorance de ces faits. La négation même de la présence et de l'action pathogène des anaérobies peut être imputée à la technique exclusive des cultures à plat sur les milieux solides, trop souvent sur des milieux réfractaires à la culture des anaérobies, comme la gélatine. Dans les bouillons liquides, l'association des aérobies et des anaérobies est relativement plus aisée, ce qui explique que nous ayons pu obtenir, il y a vingt ans, des résultats positifs.

Les meilleurs travaux actuels sur les anaérobies génitaux ont été faits en France et en Allemagne.

Nous devons à J. Hallé un travail de grande importance. Mon co-rapporteur Krönig a poursuivi de son côté la même étude sur le terrain clinique et dans le laboratoire.

D'après ces recherches, nous pouvons considérer que certaines septicémies fébriles, dues à la rétention du placenta en voie de putréfaction, sont attribuables à des anaérobies pathogènes, tels que les *caducus*, *nebulosus*, *funduliformis* de Hallé, le *micrococcus fœtidus* de Veillon, le *putridus*, le *colibacille* associés exclusivement au *staphylococcus aureus* (Veillon et Zuber), etc.

Dans la liste des anaérobies décrits par Krönig, il est probable que certaines espèces non dénommées se rapportent à celles-ci.

Tous ces anaérobies vivent en saprophytes dans le vagin normal, sauf le funduliformis ; tous sont susceptibles de produire des gangrènes et des abcès quelquefois mortels, lorsqu'ils sont inoculés en culture pure aux animaux.

L'association des anaérobies pour produire la putréfaction, et par

conséquent pour arriver à déterminer les lésions et la toxémie spéciale de l'infection puerpérale, semble devoir éclairer singulièrement le rôle de ces myriades de saprophytes auxquels nous reconnaissons un pouvoir pathogène dans la *fièvre septique du travail*, et qui certainement doivent être très actifs dans les phénomènes de la putréfaction *in utero*.

Les anaérobies étudiés par J. Hallé dans le vagin normal et dans certaines lésions génitales, causent des gangrènes et des processus putrides ; l'auteur les a retrouvés dans le pus de la péritonite putride, dans les suppurations péri-utérines, dans les foyers localisés, tels que certains abcès de l'ovaire. Nous sommes bien autorisés à affirmer qu'ils sont capables de causer l'infection autogène saprophytique et qu'ils jouent un rôle notable dans la formation des foyers métastatiques gangréneux.

Dès lors, il importe de considérer que la question des pathogènes puerpéraux en tant qu'anaraéobies doit être classée parmi les faits positifs dont le développement ultérieur éclairera peut-être bien des points des septicémies puerpérales à *forme putride*, ce qui nous ramènera en somme à la conception ancienne si complexe de la fièvre puerpérale.

Septicémie gazeuse. — La connaissance d'organismes susceptibles d'engendrer des gaz putrides, au contact des tissus mortifiés ou des liquides stagnants, la notion accréditée que ces organismes sont des variétés anaérobies, sont tout à fait corrélatives de la découverte faite par Pasteur du *bacille septique*. Cet organisme anaérobie, rencontré dans les gangrènes gazeuses, est-il une entité bien définie ou bien les septicémies à production de gaz reconnaissent-elles des agents différents ? Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable; on a pu étudier expérimentalement, en effet, plusieurs bacilles *aérogènes*. Certains auteurs attribuent au *coli-bacille* la même faculté.

Les organes génitaux des accouchées sont certainement susceptibles de renfermer de tels microbes ; leur pénétration dans les tissus et jusque dans le réseau circulatoire ne paraît pas contestable.

Dès 1874, j'avais l'occasion d'observer un exemple typique de cette variété de septicémie. Dans un cas de fibromatose utérine avec rétention d'un fœtus putréfié, dont l'observation a été recueillie en 1883, on percevait, pendant la vie, une crépitation superficielle sur toute l'étendue de l'abdomen, atteignant la racine des cuisses et la base du thorax jusque dans la partie postérieure du tronc.

A l'autopsie, l'emphysème sous-cutané avait disparu. L'abdomen ne contenait pas de gaz. L'examen bactériologique révéla dans les tissus, dans le liquide péritonéal et dans le sang, l'organisme anaérobie que nous sommes habitués à dénommer *bacille septique*. L'examen du sang fut pratiqué avant la mort, la malade étant en asphyxie agonique depuis longtemps, — immédiatement après la mort — et dix heures plus tard. Dans ces trois examens les bacilles se rencontraient en proportion croissante.

En 1896, Schnell attribuait un cas mortel de septicémie gazeuse au *coli-bacille*. Cette opinion se retrouve dans un cas de Chiari. Des auteurs américains l'ont rapportée dans une observation à un anaérobie assez différent qui est sans action sur le lapin vivant ; et d'autres expérimentateurs enfin sont arrivés à déterminer deux ou trois autres espèces dont une aérobie.

En janvier 1899, dans un cas mortel de rétention du placenta putréfié chez une femme accouchée prématurément, à 8 mois de grossesse, l'autopsie nous montra l'envahissement total du cadavre par un développement gazeux putride ; le tégument, la cavité abdominale, le foie, la rate, les reins, le tissu cardiaque, crépitaient sous l'eau comme du tissu pulmonaire. Le foie était creusé d'alvéoles remplis de gaz. L'étude bactériologique révéla, par l'examen de frottis de lamelles, la présence de trois sortes de bacilles : l'un identique d'aspect au *B. septicus*, — un autre, filamenteux, plus mince et plus long, — enfin un bacille court et gros que j'ai souvent rencontré dans les liquides pathologiques des formes putrides de l'infection ; — plus du streptocoque.

Les cultures en aérobie laissèrent disparaître les bacilles septiques pour ne conserver que les autres espèces. Les cultures en anaérobie ne furent pas faites dans des conditions suffisamment correctes.

La sérosité péritonéale du cadavre tua rapidement un cobaye sans œdème gazeux et sans lésions attribuables aux bacilles septiques.

Malgré l'insuffisance de la démonstration bactériologique, dans ces observations, ce que nous savons de l'œdème malin nous permet d'accepter comme conclusion que la putréfaction septique avec dégagement de gaz est due à des bacilles anaérobies soit spécifiques, soit identiques au *B. septicus* de Pasteur, soit à des congénères.

*
* *

MÉCANISME DE L'INFECTION DANS LES SEPTICÉMIES PUERPÉRALES

Elle est *hétérogène* ou *autogène*.

Infection hétérogène. — Le mécanisme doit varier pour les pathogènes les plus communs tels que le streptocoque, le staphylocoque et le colibacille ; et il serait difficile de rien ajouter de nouveau à une question aussi bien connue.

Le staphylocoque seul paraît prêter à quelques considérations cependant. C'est un saprophyte de la peau et, par conséquent, toute lésion périnéale ou vulvaire lui offre une porte d'entrée facile. On l'a vu, et personnellement je l'ai observé, faire irruption dans la plaie affrontée d'une périnéorrhaphie immédiate, surtout lorsque les tissus avaient été contus et profondément infectés. En sa qualité de saprophyte anaérobie facultatif, il doit trouver de faciles conditions d'existence et de multiplication dans de telles circonstances. Sa présence fréquente dans les escarres du périnée et dans les plaques mortifiées du vagin et du col utérin semble le démontrer.

Le *colibacille*, qui fréquente volontiers les abords du méat urinaire et de l'orifice anal, obéit sans doute à un mécanisme pathogénique analogue, sans qu'il soit possible de démontrer absolument le fait, cet organisme se retrouvant principalement dans les lésions éloignées du foyer primitif d'infection et n'apparaissant qu'à des phases tardives. Nous devons accepter la même interprétation pour expliquer l'invasion des autres pathogènes introduits fortuitement, et dans une proportion d'ailleurs fort rare, au contact des organes génitaux internes des accouchées.

Les doigts de l'accoucheur, les instruments, les linges, etc., sont les véhicules habituels de l'infection.

Infection autogène. — 1° Par les pathogènes des sécrétions pathologiques préexistantes ;

2° Par les saprophytes anaérobies habituels des voies génitales.

Le thème qui passionne actuellement les accoucheurs est celui de l'*autogénèse*, et cette préoccupation se conçoit. Si, en effet, l'infection est toujours apportée à la plaie génitale par l'introduction d'un microbe pathogène venant de l'extérieur, par le moyen du toucher ou des instruments, l'asepsie parfaite des mains et des instruments est le procédé de préservation par excellence. L'abstention du toucher est plus parfaite encore.

Si la pénétration des pathogènes qui vivent en saprophytes sur la

peau de la vulve et du périnée peut s'effectuer spontanément, la désinfection du tégument externe préviendra ce mode d'infection. A supposer que les pathogènes de l'entrée des voies génitales soient susceptibles d'être transportés mécaniquement dans les parties profondes, chose qui doit être admise en principe, l'abstention du toucher et des injections, la suppression de tout contact pénétrant en un mot, réaliseront la prophylaxie idéale.

On ne saurait rêver une plus grande simplicité dans la doctrine et une plus grande sécurité dans les moyens de préservation contre l'infection.

Dans l'hypothèse contraire, si les organes génitaux internes, parties profondes du vagin et col utérin, renferment habituellement ou accidentellement des germes pathogènes, aérobies ou anaérobies, les pratiques prophylactiques qui viennent d'être mentionnées seront insuffisantes; bien plus, elles deviennent condamnables en ce qu'elles contiennent précisément la prohibition des moyens d'antisepsie vulgarisés dès l'apparition de la théorie microbienne, et rigoureusement imposés aux accoucheurs et sages-femmes, à l'heure actuelle, au moins dans la période *præ-partum*.

La solution de cette question est grosse de conséquences tant au point de vue de la responsabilité médicale et de l'adoption ou de l'abandon de l'antisepsie interne, qu'au point de vue si important de l'enseignement de l'obstétrique. Elle mérite donc une étude détaillée et une discussion serrée des arguments pour et contre.

Interrogeons l'expérimentation bactériologique d'abord; nous verrons ensuite ce que dit la pratique.

RECHERCHES SUR LA FLORE VAGINALE EN DEHORS DE LA GROSSESSE ET PENDANT LA GROSSESSE

Dès avant la découverte positive des pathogènes de l'infection puerpérale, quelques chercheurs avaient déterminé la présence de bactéries dans le trajet génital, en dehors de la grossesse (Haussmann, 1874; — Hugh Miller, 1878; — Hottenier, 1879). Ces résultats ne pouvaient avoir une réelle importance puisqu'ils ne faisaient qu'établir une donnée banale sans démontrer la nocivité des microbes vus simplement au microscope.

Depuis, personne n'a songé à contester d'ailleurs la présence de bactéries saprophytes dans les voies génitales, même dans le vagin

des femmes saines, soit en dehors de la grossesse, soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. Tout est une question de proportion et d'espèces.

Or, ce terme de *saprophyte* comportait simplement l'idée de microbes vulgaires, point nuisibles, hôtes habituels, tout au plus capables de décomposer les sécrétions et d'engendrer des altérations de peu d'importance dans les conditions ordinaires.

Il faut en outre rappeler de nouveau qu'au début des recherches dont il va être parlé maintenant la distinction en aérobies et en anaérobies, bien établie par Pasteur et qui nous avait servi dans nos études, fut malheureusement négligée. L'habitude prise des cultures à plat sur gélatine ou gélose, pour faciliter la différenciation des colonies microbiennes, supprimait la possibilité de reconnaître des pathogènes autres que des aérobies.

On savait seulement que des pathogènes connus, le streptocoque, les staphylocoques surtout, se rencontrent constamment sur le tégument cutané du périnée et de la vulve.

Quant au vagin et au col utérin, à partir de 1887 deux opinions s'établissent.

D'après certains auteurs, le vagin des femmes enceintes, que l'on croyait habituellement renfermer une flore très mélangée, ne recèle pas les pathogènes habituels de l'infection puerpérale. Des bactéries vulgaires et sans action nocive s'y rencontrent seules. Examens microscopiques, cultures, inoculations sont d'accord pour le démontrer (Gönner).

On accepte parallèlement la stérilité habituelle de l'endomètre et de l'endo-salpinx chez la femme non enceinte (Winter, Steffeck, etc.).

L'opinion inverse affirme au contraire la présence de pathogènes, *streptocoques* pyogènes et staphylocoques divers, dans 50 p. 100 des cas. Le désaccord est nettement tranché.

Une troisième opinion (Dœderlein), éclectique, expose que l'absence des pathogènes ou leur présence coïncident avec des conditions différentes des sécrétions génitales provenant du col utérin et du vagin.

Ces sécrétions sont *normales* ou *pathologiques :*

Normales, elles sont à réaction acide et cette acidité paraît due à l'abondance d'un bacille spécial au vagin : le *Scheidenbacille*.

Les pathogènes ne s'y rencontrent point.

Pathologiques, les sécrétions sont d'aspect puriforme, à réaction neutre ou alcaline; le *Scheidenbacille* fait défaut. Il y existe des cocci

pathogènes (streptocoques, staphylocoques et de minces bâtonnets).

La conclusion est la suivante : le *Scheidenbacille* acidifie les sécrétions en produisant incessamment de l'acide lactique ; quand il est en proportion suffisante, il défend le vagin et l'utérus contre l'envahissement par les pathogènes, mais seulement en vertu de l'acide qu'il produit.

La démonstration rigoureuse de cette hypothèse a été tentée et fournie par deux sortes d'expériences dont voici le résultat :

1° Le staphylocoque doré, ensemencé dans une culture de *Scheidenbacille*, ne tarde pas à périr ;

2° L'introduction d'une culture de staphylocoque doré dans un vagin à sécrétions normales, acides, est rapidement suivie de la disparition de ce pathogène.

A cette heure, la question d'acidité ou d'alcalinité a perdu toute son importance. On s'accorde pour reconnaître que les sécrétions vaginales sont toujours à réaction acide, réaction plus faible cependant dans les sécrétions *pathologiques*.

Les recherches concluant à la présence fréquente (50 p. 100), ou plus rares (25 p. 100, 15 p. 100) de pathogènes dans les voies génitales, sont en outre controversées ou du moins on tente des explications sur les discordances. On ne peut interpréter le désaccord qu'en accusant une technique défectueuse qui aurait fait puiser dans le vagin, pour les cultiver, des microbes provenant du périnée ou de la vulve. En employant des précautions rigoureuses, on doit arriver à un résultat négatif.

Cette critique, disons-le tout de suite, est très exagérée et ne saurait détruire les faits constatés par de multiples expérimentateurs.

Malgré tout, et pour les raisons qui précèdent, on a voulu édifier un système nouveau pour la pratique obstétricale qui ne nous paraît pas sans danger, c'est la suppression de l'asepsie ante-partum.

Avant de traiter plus longuement ce point, il faut dire que la conclusion précédente est purement déduite d'une équivoque de mots. On nie en effet que des germes pathogènes se rencontrent à l'état normal dans le vagin, on explique le pourquoi de cette impossibilité en disant que les pathogènes qui peuvent se rencontrer exceptionnellement dans ce conduit ne lui appartiennent pas en propre à titre de saprophytes habituels et, pour cette raison, on les exclut de l'étiologie de l'infection autogénique. Mais on ne nie point que des pathogènes réels se rencontrent dans l'appareil génital de la femme enceinte ; on ne nie

pas davantage qu'il y ait à côté des sécrétions normales, des sécrétions pathologiques. Or, pour nous, la notion dominante, celle qui survit à l'opposition des résultats divers de l'expérimentation, c'est justement la distinction des sécrétions génitales en *normales* et *pathologiques*. Et ce qu'il faut retenir c'est que tous les auteurs ont constaté plus ou moins dans le vagin des femmes enceintes, affectées de ces sécrétions pathologiques, la présence de germes virulents. Il faut retenir ce point parce qu'il constitue un accord formel d'opinion. A la vérité, c'est une donnée élémentaire qui a toujours frappé l'esprit des accoucheurs.

Il importe peu en effet que les pathogènes qui vivent dans les sécrétions pathologiques provenant du col utérin malade ou du vagin enflammé y résident à l'état d'hôtes accidentels et non point comme des saprophytes ayant droit de cité ancien et définitif ; l'important est qu'ils s'y trouvent et qu'ils peuvent y séjourner un temps indéterminé.

Ces germes n'ont-ils que l'apparence de pathogènes ou possèdent-ils une réelle virulence ? Nous allons le voir tout à l'heure.

Mais tout d'abord, en réfléchissant à la disparition rapide du staphylocoque introduit expérimentalement dans le vagin, ainsi qu'un de nos honorables rapporteurs l'a vérifié, on peut se demander si ces cocci cultivés artificiellement, avant d'être introduits, n'avaient pas perdu une grande partie de leur résistance, comme il arrive souvent à la suite des cultures. La même question se pose à propos des expériences culturales de cocci mélangés aux *Scheidenbacilles*.

Nous savons enfin, car Krönig a eu soin de nous le dire, que ces tentatives expérimentales n'ont été osées qu'avec beaucoup de réserve et de précautions. Enfin on arrive à une déduction assez inattendue qui est la suivante : il faut bien que la source qui produit et entretient les pathogènes rencontrés par les expérimentateurs dans les sécrétions pathologiques soit fort active puisque ces microbes peuvent y vivre un certain temps malgré les conditions supposées défavorables du milieu. En fait, il existe pendant la grossesse des pyorrhées cervicales et vaginales fort tenaces où cultivent streptocoques et staphylocoques. Je m'en suis convaincu par des recherches bactériologiques rigoureuses.

Revenant maintenant au doute émis sur la virulence de ces microbes, je conclus qu'il n'est pas indispensable de considérer que le milieu acide du vagin, qui leur impose à l'ordinaire une innocuité relative, doive détruire définitivement en eux toute virulence. En effet, la réaction de ce milieu est de nature à changer, et elle change

'acide devenir alcaline dès que le sang et le sérum se mélanger aux sécrétions génitales, au cours des ail.

sang pendant l'accouchement est précoce et abon- imipares, tardive et rare chez les multipares. Après e sang existe dans les lochies, chez les unes et les partie du secret qui rend les primipares plus vulné- n ? Je l'ignore ; mais c'est possible.

épond victorieusement à l'argument tiré de la réac- bituelle du milieu, puisque cette alcalinité, qui doit ons de culture meilleures aux pathogènes, apparaît ment propice à l'infection.

rtainement pas être l'unique condition favorable à *in situ* observée après l'accouchement. On en trouve a constatation faite récemment par un auteur italien fournit une interprétation assez rationnelle en faveur Dans la sécrétion vaginale de 25 femmes enceintes, sesse, qui n'avaient pas été examinées depuis une es, il rencontra 22 fois des staphylocoques blancs culation de ces sécrétions à des lapins en bonne à fait négative. Mais pratiquée sur des animaux à ou générale diminuée artificiellement, les cocci ulents et produisaient une infection plus ou moins

lusion que, dans des conditions spéciales de moindre ganisme féminin, les pathogènes des sécrétions vagi- ues, inertes en apparence, reprennent toute leur

'est-elle pas d'ailleurs en parfaite harmonie avec ce de l'énorme importance de la *valeur du terrain*, c'est- stance des malades, dans toute infection ? Certes le st la cause indéniable du mal ; sans lui, pas d'infec- ais que de différences dans la manière de réagir des ?

oque, le staphylocoque ont beau posséder toutes les ènes connues, les lésions resteront limitées, la malade qu'elle offre l'équilibre physiologique adéquat au sistance. Là, nous aurons affaire à des pathogènes infectée, affaiblie, albuminurique, diabétique, car-

diaque ou névropathe offrira un champ largement ouvert à tous les méfaits microbiens.

Microbe, *virulence*, *terrain*, triple élément d'un problème singulièremeht ardu dans la pratique !

Il faut résumer maintenant en une conclusion précise l'exposé précédent.

L'infection puerpérale *auto génétique*, par les microbes pathogènes habituels, pourrait être niée si l'on voulait faire consister *l'autogenèse* exclusivement en une infection par les saprophytes constants du milieu génital.

Mais cette façon d'envisager la définition de l'autogenèse ne fait que la restreindre arbitrairement.

L'autogenèse doit rester pour tous, cliniciens et savants, *l'infection* développée *in situ*, sans le concours de germes introduits mécaniquement dans les voies génitales au cours du puerperium. Sous cette définition il y aurait témérité à la nier.

Dans la pratique, l'expérience m'a démontré depuis 1895, époque où j'ai supprimé toute injection vaginale après les accouchements, que la suppression de toute asepsie vaginale post-partum donnait d'excellents résultats, que le pourcentage de la morbidité infectieuse légère restait à peu près égal à celui que donnait l'ancienne pratique : en cela je suis d'accord avec les premiers accoucheurs qui ont adopté cette méthode.

Mais, par contre, la même statistique m'a démontré que la morbidité chez les femmes venues de la ville et qui entrent à l'hôpital au moment même de l'accouchement, sans avoir subi aucun soin antiseptique préalable, était notablement plus fréquente que chez les femmes soignées à l'hôpital avant leurs couches. Je pourrais même ajouter que les cas rares de mortalité par infection appartiennent exclusivement à la catégorie des femmes venues du dehors, qu'elles aient ou non été examinées, qu'elles aient ou non subi des tentatives opératoires. Pour ce qui est de l'influence du toucher pratiqué par les élèves et celle des opérations effectuées par mes assistants ou par moi-même il m'est impossible d'établir une différence réelle, quant à la morbidité, entre celles qui ont subi des examens multiples ou des opérations et les autres, dès qu'il s'agit de femmes ayant reçu également les soins antiseptiques præ-partum conformément à la règle générale. La comparaison des statistiques qui se rapportent aux périodes où les stagiaires ne fréquentaient pas la

maternité et les statistiques correspondantes aux périodes de stage donnent des résultats équivalents.

Comme sanction pratique, les accoucheurs doivent se préoccuper de détruire les sécrétions pathologiques constatées pendant la grossesse. La vulvite, la vaginite, la cervicite doivent être traitées par une antisepsie prolongée. Les sécrétions qui proviennent de ces affections ont des aspects et des caractères bien connus : elles sont plus ou moins puriformes ; elles recèlent des organismes pathogènes ; elles commandent et justifient par conséquent, encore qu'elles soient rares, un traitement topique préventif qui ne doit être cessé qu'après réalisation de l'asepsie définitive.

Ainsi que Tarnier le faisait remarquer, les chirurgiens sont logiques quand ils procèdent à une désinfection minutieuse des voies génitales, préalablement à toute intervention sur le vagin et l'utérus. Les accoucheurs ne sauraient échapper à la même obligation, préalablement aux traumatismes spontanément créés par l'accouchement.

°°°

Nous devrions maintenant envisager l'autogénèse infectieuse par les microbes saprophytes anaérobies, toujours présents dans les voies génitales internes, mécanisme que personne ne songe plus à contester. Mais ce point a été ébauché à propos de l'étude même des anaérobies. La question n'est pas suffisamment avancée pour qu'il soit possible d'entrer dans les mêmes détails qu'en ce qui concerne les pathogènes ordinaires. Nous serons donc très bref.

Démontrer, en effet, que ces anaérobies deviennent, dans des conditions déterminées, de dangereux pathogènes, tandis qu'ils restent inertes ou à peu près dans les conditions ordinaires ; — qu'ils sont les agents véritables de la putréfaction, — qu'ils produisent du pus, des sphacèles, des gaz fétides, qu'ils élaborent des sepsines toxiques, c'est démontrer du même coup leur rôle dans la putréfaction de l'œuf ou du fœtus ; c'est dire que de simples saprophytes ils passent à l'état de générateurs de poisons au sein des tissus mortifiés qu'ils décomposent.

La putréfaction du liquide amniotique au cours de l'accouchement prolongé produit la fièvre septique du travail. L'expérimentation a montré qu'elle était due à des saprophytes anaérobies introduits dans l'œuf, surtout dans les cas de rupture prématurée de l'amnios.

La putréfaction du placenta retenu dans l'utérus produit toujours des accidents infectieux, quelquefois des septicémies foudroyantes sans

lésions suppuratives. De même que la putréfaction du fœtus, elle peut engendrer exceptionnellement de véritables œdèmes malins ou septicémies gazeuses. Or, nous avons vu que les anaérobies des voies génitales possèdent justement de telles aptitudes.

Enfin, la putréfaction totale de la caduque dans les formes rares qui rappellent la *putrescentia uteri* de De Bauer et celles plus communes où il n'existe qu'un foyer de sphacèle limité, concurremment avec la lymphangite, la phlébite utérine et la péritonite septique, témoignent de l'association des deux mécanismes autogène et hétérogène et de la symbiose des aérobies pathogènes avec les anaérobies tout à la fois. Ainsi sont effectuées les infections mixtes, suppuratives et putrides.

Voies de diffusion des microbes pathogènes; progression et généralisation des microbes. — C'est un des côtés de la question les mieux connus dans ses lignes générales. Nos prédécesseurs avaient bien établi que la voie sanguine, la voie lymphatique, la muqueuse génitale et le tissu cellulaire étaient autant de véhicules pour l'infection. La découverte positive des diverses variétés de microbes pathogènes dans les systèmes correspondants a confirmé cette donnée.

Nous ne pouvons pas avoir la prétention d'établir à laquelle de ces voies appartient la prépondérance dans la translation de l'infection, et, encore moins, si chacune d'entre elles est plus habituellement utilisée par tel ou tel genre d'organismes.

L'autopsie révèle le plus souvent la diffusion mixte par quelques-unes de ces voies de pénétration ou par toutes à la fois. Il y a lieu de croire que ces points pourront être élucidés à la longue. Mais la pratique, hâtons-nous de le dire, se peut actuellement satisfaire des notions classiques sur ce point.

Du rôle des sepsines. — Nous devons réserver tout un côté de la question des septicémies puerpérales sur lequel il est presque impossible de donner aujourd'hui des renseignements certains : c'est le rôle des sepsines et la manière dont celles-ci agissent pour la production de certains phénomènes liés à la septicémie. Le fait en lui-même est une sorte de dogme auquel personne ne songe à opposer une contradiction. Et quant aux problèmes difficiles de l'empoisonnement de l'organisme, des études chimiques très détaillées pourront seules nous éclairer sur la part qui revient aux sepsines et sur celle qui appartient en propre aux lésions, pour entretenir la maladie et amener la mort. Nous devons donc nous limiter à l'acceptation des faits généraux mis en lumière par Panum, Zuelzer, Selmi et Gautier.

Conclusions.

Les septicémies puerpérales sont causées par des organismes microbiens pathogènes. Ces organismes sont les uns aérobies, les autres anaérobies ; quelques-uns affectent les deux états.

Le *streptocoque* est le principal pathogène, d'après les recherches poursuivies jusqu'à ce jour.

Il n'est pas possible d'éliminer le *staphylocoque* des pathogènes dangereux, et il serait d'autant moins judicieux de le faire que, par un côté, il constitue certainement un danger sérieux en entretenant les suppurations utérines qui conduisent à l'endométrite chronique et aux annexites graves. Il joue un rôle qui paraît prépondérant dans certaines métastases viscérales, en association soit avec le streptocoque, soit avec des saprophytes anaérobies.

Le gonocoque, le coli-bacille, le B. de la diphtérie et de la pseudo-diphtérie, le pneumocoque, sont des pathogènes exceptionnels ; mais leur rôle actif dans les *lésions puerpérales* est confirmé par quelques observations. Leur rôle septicémique est moins bien établi.

Les *anaérobies* ont une action pathogène évidente. Ils sont de type et d'espèce différents. Ils peuvent occasionner les symptômes de la septicémie auxquels s'ajoutent généralement les signes de la putridité, le sphacèle et exceptionnellement la production de gaz fétides dans les tissus et dans le sang. Les pathogènes de la septicémie gazeuse puerpérale sont si peu étudiés qu'il n'est pas possible de poser sur ce point des conclusions positives. Comme espèces définies on peut ajouter aujourd'hui au B. *septicus* de Pasteur et aux variétés bacillaires rencontrées autrefois, principalement dans les cultures en bouillons, des espèces nouvelles dont la découverte et l'étude sont dues à J. Hallé, Veillon, Krönig, Zuber, etc.

Ces anaérobies sont les B. *caducus*, *nebulosus*, *funduliformis* de J. Hallé; le *micrococcus fœtidus* de Veillon ; le *putridus*, etc., auxquels il faut ajouter des espèces bien décrites par Krönig, qui n'ont pas été déterminées par une appellation spéciale et qui paraissent répondre comme description à quelques-unes des précédentes.

D'après les propositions qu'on vient de lire, la doctrine de la *pluralité des pathogènes* puerpéraux doit être conservée.

Les *associations microbiennes* sont fréquentes. Les actions successives des microbes se retrouvent dans la succession du staphylocoque au streptocoque, dans le remplacement d'une bactérie putréfiante par une

autre bactérie. Peut-être faut-il croire que de l'association fréquente des aérobies et des anaérobies découle des conditions pathogènes encore inconnues.

L'infection est généralement *hétérogène*.

L'infection *autogène*, dans l'acception générale que nous avons adoptée, est démontrée par :

1° la préexistence possible de pathogènes ordinaires dans les sécrétions des femmes enceintes, que pour cette raison on a dénommées *sécrétions pathologiques ;*

2° l'existence peut-être constante de saprophytes et d'anaérobies capables d'acquérir dans les liquides et les sécrétions inertes, dans les résidus mortifiés, dans les amas de substance morte ou nécrosée une action virulente rapide.

La conséquence pour la pratique est la suivante : les infections pathologiques préexistantes du vagin, du col utérin, des annexes, qui, en clinique, réalisent une des deux modalités de l'*autogénèse*, font une obligation de ne pas abandonner de parti pris l'antisepsie locale *præpartum* et *per partum*.

La possibilité bien connue de l'infection hétérogénétique par le transport des pathogènes saprophytes de la peau ou des milieux ambiants : streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, etc., ou par l'ascension spontanée des mêmes pathogènes tégumentaires jusqu'aux plaies vagino-utérines, commandent l'asepsie persistante des parties génitales externes.

*
* *

Si le terrain parcouru est déjà considérable et si le bienfait rendu par la science bactériologique à la pratique obstétricale est inappréciable, nous n'avons pas encore le droit de dire que la question est épuisée. Loin de là, le champ est vaste pour les recherches. Les associations symbiotiques, = la concurrence microbienne, = la part de l'action microbienne propre et l'action toxique des sepsines dans l'infection, = la recherche et l'étude des anaérobies pathogènes, = enfin la sérothérapie rationnelle de chaque variété d'infection, voilà de quoi exercer longtemps encore le génie et la patience des savants.

2e Rapport de Krönig (1) (de Leipzig).

Par fièvre puerpérale, nous entendons une maladie des suites de couches dans laquelle des bactéries pathogènes colonisent sur des plaies puerpérales survenues pendant l'accouchement, et de là causent dommage à l'organisme. L'étiologie de la fièvre puerpérale n'est *nullement* unique ; la fièvre des accouchées peut être causée par des espèces différentes de bactéries qui, par leurs caractères biologiques particuliers, peuvent, jusqu'à un certain degré, imprimer à son évolution un cachet spécial. Toutefois, les différences dans les diverses formes cliniques de la maladie ne sont pas tellement tranchées qu'il soit toujours possible de déduire, sûrement, de leur mode d'évolution l'espèce de bactéries qui, dans le cas considéré, est à l'origine des accidents. Nous devons envisager comme bactéries pathogènes de la fièvre puerpérale les suivantes :

Streptococcus pyogenes puerperalis ;
Staphylococcus pyogenes aureus ;
Gonococcus Neisser ;
Bacterium coli ;
Bacillus diphteriæ ;
Pneumoniæ coccus ;

et diverses bactéries anaérobies.

De ces agents morbides de la fièvre puerpérale, le *streptocoque pyogène puerpéral* est le plus important, parce que, plus fréquemment que tous les autres germes mis en cause, il franchit les foyers infectieux primitifs et envahit l'organisme. Mais il faut, ici, noter que l'analyse d'un certain nombre de cas d'infections streptococciques a fait voir que cliniquement, et même avec cet agent morbide, le foyer infectieux primitif n'est, relativement, que rarement franchi. Ainsi, dans l'infection primitive de l'endometrium puerpéral, l'extension de l'infection s'étant faite de ce foyer ne fut établie que dans 7 p. 100 des cas, et une issue mortelle ne fut observée que dans la proportion de 4 p. 100 environ.

Ces données ont une importance pratique, parce qu'elles doivent nous aider à apprécier les résultats de telle ou telle thérapeutique. La faible

(1) Manuscrit remis par l'auteur à la Rédaction des *Annales de Gynécologie* et traduit par M. R. LABUSQUIÈRE.

mortalité de 4 p. 100 fut atteinte *en l'absence de toute thérapie* ; avant tout, *en dehors de toute manœuvre locale.*

Le plus grand nombre de toutes les infections staphylococciques, démontrables, guérissent spontanément; bien plus, l'infection streptococcique des plaies puerpérales, et particulièrement de l'endometrium, peut évoluer sans aucun trouble de l'état général, sans élévation de la température, et seulement avec quelques modifications de la sécrétion lochiale, qui, habituellement, est augmentée ou purulente ou sanguinolente.

A notre avis, ce dernier fait nous explique que, de nouveau, récemment l'opinion ait été reprise que la cavité utérine puerpérale, dans les conditions *normales*, peut, dès les premiers temps des suites de couches, contenir des germes, parmi lesquels le streptocoque pyogène puerperalis, opinion en contradiction avec la notion fondamentale et si importante pour l'appréciation de toute la question de la fièvre puerpérale, étayée par Döderlein : *de l'absence absolue de germes, les conditions étant normales, dans la cavité de l'utérus puerpéral normal.*

Pour nous, nous nous rallions absolument à l'opinion de Döderlein, et nous estimons qu'il faut tenir pour pathologique toute présence démontrée de germes dans la cavité de l'utérus puerpéral. On doit encore, à l'heure actuelle, tenir pour fermement établi : que l'*utérus puerpéral, dans les conditions normales, ne renferme pas de germes.*

Il n'est pas possible, actuellement, de préciser à quelles causes tiennent les différences dans les modalités cliniques des divers cas d'infection streptococcique puerpérale. La raison la plus probable résiderait dans le degré variable de virulence des streptocoques en cause. Mais les expériences que nous avons faites sur les animaux avec des streptocoques obtenus des lochies de différentes accouchées infectées, nous ont donné des résultats très contradictoires : ainsi, des streptocoques provenant de femmes atteintes d'infections légères, injectés à des lapins, provoquaient des érysipèles étendus, tandis qu'au contraire des streptocoques provenant d'accouchées sous le coup d'accidents symptomatiques les plus graves, déterminaient des phénomènes inflammatoires à peine apparents. D'autre part, de grosses difficultés viennent compliquer, semble-t-il, les tentatives faites dans le but de déterminer le degré de virulence des streptocoques ; il est très difficile d'instituer dans ce sens des expériences tout à fait exemptes de reproches. Pour le moment, nous devons accepter comme démontrée la notion que *le degré de virulence des streptocoques baisse, quand ils sont longtemps forcés à une*

existence saprophytique. Bien qu'il soit possible d'établir par les observations cliniques que le nombre des bactéries a une influence aussi bien sur l'éclosion que sur la gravité de l'infection, de nombreuses expériences faites sur les animaux nous ont aussi prouvé que le nombre des bactéries infectantes joue dans ce sens un rôle très important. Nous sommes en état, quand nous expérimentons sur l'animal, de doser en quelque sorte, assez exactement, le degré d'une infection streptococcique chez le lapin, d'après le nombre des germes inoculés. Indépendamment de la virulence et du nombre des streptocoques importés, toutes les dispositions générales et locales du sujet influent aussi sur la marche de l'infection. Outre les conditions générales : anémie, nutrition défectueuse, diabète, il faut admettre des dispositions locales : mauvaise vascularisation des tissus, plaies, contusions étendues des organes génitaux des accouchées. Les observations d'Ahlfeld établissent que la marche de la délivrance exerce une influence marquée sur l'évolution clinique des suites de couches ; d'autre part nos observations personnelles prouvent que toutes les interventions chirurgicales compliquées de lésions étendues des tissus, les applications de forceps chez les primipares, par exemple, fournissent une forte proportion d'infections streptococciques.

Les facultés biologiques du streptocoque, par elles seules, favorisent la pénétration de ces germes, anaérobies facultatifs, du foyer initial constitué par la plaie puerpérale dans les tissus ; ils peuvent diffuser également dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins de l'organisme.

La démonstration bactériologique faite par Widal, Bumm, etc., de la présence des streptocoques dans les tissus d'accouchées mortes d'infection streptococcique a également prouvé que les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont à peu près aussi souvent envahis par ces germes. Cette extension, ainsi que l'ont montré les recherches de ces auteurs et les nôtres, part spécialement de l'endométrium infecté et surtout de l'aire placentaire. Les autres plaies puerpérales du col, du vagin, du périnée donnent plus rarement lieu à une diffusion régionale ou métastatique de l'infection streptococcique. Cette notion est contraire à l'opinion plus ancienne suivant laquelle les plaies du col prédisposeraient spécialement à l'extension de l'infection dans les tissus plus profonds.

Nous devons la connaissance plus précise de ces faits exclusivement à la possibilité qui nous est fournie par le réactif colorant de Gram

de mettre directement en évidence la présence des streptocoques dans les tissus.

Le staphylococcus pyogenes aureus que l'on rencontre aussi, éventuellement, dans l'infection puerpérale, jouit de propriétés tout à fait semblables à celles du streptocoque, et comme lui peut, en qualité d'anaérobie facultatif, végéter dans l'organisme.

Ce germe morbide qui, dans les autres infections des plaies, phlegmons, abcès, etc., joue comme agent pathogène un rôle si actif et se distingue par des facultés d'extension si marquées, se rencontre relativement rarement, en qualité d'agent pathogène, dans l'infection des plaies puerpérales. Tandis qu'on le découvre encore souvent dans les produits inflammatoires des plaies périnéales infectées, il est extrêmement rare de le déceler dans la sécrétion lochiale de l'endométrium; les rares cas d'infection staphylococcique de l'endométrium montrent presque constamment une évolution remarquablement bénigne. On n'a pas encore découvert la cause de la différence dans l'évolution pathologique de l'infection staphylococcique dans les plaies puerpérales et dans les autres plaies chirurgicales, non plus que la cause de la différence entre l'évolution pathologique de l'infection staphylococcique puerpérale et celle de l'infection streptococcique.

Les bactéries de la putréfaction, anaérobies, qui jouent un grand rôle dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, se présentent dans une certaine opposition avec les deux germes morbides dont il vient d'être question.

Les bactéries anaérobies, saprogènes, se distinguent essentiellement des germes infectieux pyogènes par leurs caractères biologiques. Tandis que les *cocci* pyogènes peuvent vivre dans un milieu privé ou pourvu d'oxygène, les bactéries saprogènes anaérobies ne se développent qu'en l'absence absolue d'oxygène ; de plus, elles meurent souvent tôt par l'apport d'oxygène. C'est là un caractère constant et extrêmement fixe des bactéries saprogènes anaérobies. On n'a pas encore réussi, même par les expériences les mieux conçues, à obtenir l'existence progressive de ces bactéries anaérobies dans un milieu fourni d'oxygène. C'est aussi ce caractère biologique spécial qui fait que ces bactéries, en se diffusant dans l'organisme, adoptent des voies spéciales. Ces bactéries saprogènes, anaérobies, ne peuvent se répandre que dans les tissus où la teneur en oxygène est insignifiante, ou, pour ainsi dire, nulle. Les vaisseaux sanguins de la parturiente sont tout à fait inaccessibles aux bactéries anaérobies ; par contre, ils peuvent envahir les

voies lymphatiques, les cavités séreuses, et même la voie sanguine quand par exemple le sang s'y est coagulé, s'y est transformé en un thrombus ; que par suite il a cédé son oxygène aux tissus périphériques.

C'est par ces particularités qu'il convient d'expliquer aussi les différences dans les modalités cliniques diverses des maladies puerpérales saprogènes et pyogènes.

Une bactériémie proprement dite ou une septicémie, suivant le sens qu'attache Koch à ces termes, est impossible dans l'infection par les bactéries saprogènes anaérobies ; par contre, comme dans l'infection puerpérale pyogène, les bactéries de la putréfaction, anaérobies, peuvent déterminer une métro-lymphangite avec péritonite consécutive et une métro-phlébite avec complications métastatiques.

Peut-être faut-il rapporter aussi à ces différences biologiques le fait que les bactéries anaérobies, saprogènes, envahissent plus rarement les tissus que les *cocci* pyogènes. Ce fait d'observation a conduit certains auteurs à dénier aux bactéries saprogènes tout pouvoir d'invasion, de pénétration et à fixer la signification de la saprémie pure suivant le sens que lui accorde Duncan : une maladie puerpérale dans laquelle les phénomènes cliniques, morbides sont exclusivement causés par la résorption de produits résultant de l'activité nutritive des bactéries saprogènes.

A notre avis, cette saprémie, sans aucune pénétration des bactéries dans les tissus, est rare. Précisément, dans ces derniers temps, on a réuni des observations qui démontrent que des bactéries saprogènes, anaérobies, peuvent, par leur pénétration dans les tissus, causer même la mort de l'accouchée.

Relativement à la morphologie des bactéries anaérobies saprogènes, on peut dire qu'elles peuvent se présenter sous toutes les formes : bacilles longs, bactéries en virgule, et surtout *cocci* en séries à la manière des formes streptococciques.

Nous avons, nous-même, cultivé un streptocoque saprogène, anaérobie obligé, qui par sa forme, sa grosseur, sa tenue vis-à-vis des réactifs colorants, ne se distinguait en rien du streptocoque pyogène puerpéral ; qui, en outre, était doué d'un pouvoir d'invasion considérable, puisque nous l'avons retrouvé aussi bien dans les abcès parautérins que dans les produits de péritonites putrides.

La fièvre puerpérale causée par les bactéries saprogènes anaérobies est presque aussi fréquente que celle causée par les cocci-pyogènes. Les phénomènes cliniques ne sont pas en général aussi sévères que

dans l'infection streptococcique, mais il se produit de fortes hyperthermies. Cependant, en général, la chute de la température est plus rapide.

Les germes morbides saprogènes anaérobies peuvent vivre un certain temps sur la plaie puerpérale avec les cocci pyogènes. Toutefois, en général, cette existence commune ne se prolonge pas longtemps. Habituellement l'une ou l'autre des espèces bactériennes prend le dessus et annihile l'autre entièrement. Relativement à l'invasion dans les tissus, l'organisme se montre particulièrement électif; en ce sens que d'ordinaire il ne se laisse pénétrer que par une seule espèce de bactéries. Toutefois les conditions ne sont pas telles, ainsi qu'on l'a souvent admis, que les streptocoques seuls envahissent l'organisme. Il peut également arriver que cette invasion soit réalisée par les bactéries saprogènes anaérobies.

Tandis que, ainsi que nous venons de le voir, la plupart des agents pathogènes saprogènes des maladies puerpérales sont des microorganismes anaérobies obligés, on rencontre, relativement rarement, sur les plaies puerpérales, un germe de putréfaction, anaérobie facultatif, *le bacterium coli commune*.

Le nombre des cas d'infection par le bacterium coli soumis au contrôle bactériologique est si limité, qu'il n'est pas encore possible de tracer une description exacte de la physionomie clinique de cette variété d'infection.

Tandis que les infections saprogènes dans les suites de couches ne se distinguent par rien de caractéristique dans leur évolution clinique, au contraire, nous pouvons souvent, dans les cas *d'infection puerpérale de nature gonorrhéique*, déduire, de certaines particularités dans les phénomènes cliniques, la véritable nature de la maladie. La fièvre puerpérale gonorrhéique se distingue en général par une faible altération de l'état subjectif, même quand on relève chez l'accouchée de fortes hyperthermies.

L'élévation de la température et la fréquence du pouls sont en général, dans la fièvre puerpérale gonorrhéique, durant les premiers jours des suites de couches, plus faibles que dans les autres infections puerpérales. Toujours, même la fièvre faisant défaut, une sécrétion très abondante, purulente et non fétide vient de l'utérus. Les lochies purulentes, coulant abondamment du vagin, infectent souvent la muqueuse de l'urèthre, du rectum et des glandes de Bartholin, en sorte qu'on voit apparaître les symptômes d'une uréthrite, d'une bar-

tholinite et souvent d'une rectite aiguë. Par contre l'écoulement purulent et abondant exerce une influence remarquablement défavorable sur les germes qui sont dans le vagin ou sur les plaies du périnée : aussi, en dépit d'une suppuration abondante, des plaies périnéales suturées guérissent-elles par première intention.

Les élévations thermiques tombent d'ordinaire au cours de la première semaine, si bien que l'accouchée, bien portante en apparence, quitte le lit. Cependant, quelques semaines après l'accouchement, souvent à l'occasion du premier retour de la menstruation, on voit apparaître les symptômes de la gonorrhée ascendante, de la maladie gonorrhéique spécifique des annexes de l'utérus et du péritoine pelvien.

Qu'une affection gonorrhéique *in puerperio* puisse préparer le terrain pour une infection d'une autre espèce, une infection streptococcique par exemple, cela, en raison de nos propres observations, nous paraît douteux. Naturellement il peut arriver, dans la gonorrhée de l'endometrium puerpéral comme dans l'endométrite saprémique, que le gonocoque se trouve avec d'autres germes morbides.

Mais nos observations nous ont persuadé qu'une telle association n'est d'ordinaire que de courte durée, une des espèces bactériennes l'emportant vite sur les autres et les annihilant.

Nous devons repousser l'idée d'Olshausen, qu'on devrait séparer les maladies gonorrhéiques des suites de couches de la fièvre puerpérale, qu'on ne devrait pas les étiqueter fièvre des accouchées. La fièvre puerpérale gonorrhéique apparaît comme une infection des plaies puerpérales, tout comme les autres infections par bactéries pyogènes et saprogènes, mais avec les caractères propres à l'agent pathogène en cause.

En conséquence, nous ne saurions non plus adopter la façon de voir de Bumm, lorsque d'une part il définit la fièvre puerpérale : la fièvre des plaies, et que, cependant, il retranche l'infection gonorrhéique des plaies puerpérales du domaine de la fièvre puerpérale.

Comparativement à ces trois types principaux des agents pathogènes des maladies puerpérales : *a)* cocci pyogènes, *b)* bactéries saprogènes, *c)* gonocoque de Neisser, les autres bactéries dont la part étiologique dans les processus puerpéraux a été démontrée, jouent un rôle tout à fait secondaire. Ou bien ces germes n'ont été observés qu'à l'état endémique dans telle ou telle clinique, comme le bacille du tétanos par exemple, ou bien on ne les a rencontrés sur les plaies

puerpérales que dans des cas tout à fait isolés, alors que l'organisme était atteint d'autres maladies dans leur dépendance : il s'agissait par exemple du bacille de la diphtérie ou du diplocoque de la pneumonie.

3e Rapport de Menge (1) (de Leipzig).

La détermination des agents pathogènes qui interviennent dans les processus infectieux puerpéraux étant faite, la question se pose de savoir : d'où viennent ces bactéries et comment elles arrivent sur les plaies puerpérales ? Est-il possible, par des précautions particulières, de s'en préserver et de prévenir la fièvre chez les accouchées ?

A ces questions se trouve intimement liée celle si discutée de *l'auto-infection*, dont l importance, d'après certains auteurs, Ahlfeld en particulier, serait considérable.

A notre avis il n'est pas possible de faire, à l'heure actuelle, une réponse précise à cette question : Y a t-il, ou non, une auto-infection ? par la raison que nombre d'auteurs qui ont pris part dans le débat, donnent de l'auto-infection des définitions tout à fait différentes.

Ahlfeld et Kaltenbach, par exemple, accordent à ce terme *auto-infection* une signification beaucoup plus large que Bumm. Ainsi les deux premiers auteurs admettent qu'il s'agit d'une auto-infection quand un processus pathologique de plaie puerpérale, de nature bactérienne, est causé par des agents pathogènes qui, avant l'accouchement, se trouvent dans ou au niveau des organes génitaux, par conséquent, même sur les parties génitales externes, tandis que Bumm donne au même terme un sens plus étroit et ne fait intervenir, dans la question de l'auto infection, que les bactéries du vagin.

Notre définition de l'auto-infection ou de l'*infection autogène* dans la grossessse ne cadre pas, à la vérité, exactement avec celle d'Ahlfeld, parce que cet auteur attribue à l'auto-infection même les maladies puerpérales qui tirent leur origine de foyers infectieux qui existaient déjà avant l'accouchement dans et au niveau des organes génitaux des parturientes. Cependant, dans notre façon d'entendre l'auto-infection, nous restons plus près d'Ahlfeld que de Bumm. Dans la question

---

(1) Manuscrit remis par l'auteur à la Rédaction des *Annales de Gynécologie* et traduit par M. R. LABUSQUIÈRE.

de la production de l'auto-infection dans la grossesse, non seulement nous envisageons comme agents pathogènes éventuels tous les micro-organismes qui, dans les conditions ordinaires, vivent à l'état de saprophytes dans l'intérieur du canal de la parturition resté un certain temps non touché, c'est-à-dire dans l'utérus et dans le vagin ; mais nous élargissons aussi le cercle de l'auto-infection et nous nous demandons si les bactéries qui, dans les conditions ordinaires, vivent sur le tégument externe des femme enceintes, des parturientes ou des accouchées, et plus particulièrement sur la peau des organes génitaux externes, et qui de là spontanément ou artificiellement arrivent dans le canal génital, peuvent produire des maladies puerpérales des plaies.

Dans son rapport sur la fièvre puerpérale fait à Berlin, en 1899, à la *Société de Gynécologie allemande*, Bumm se plaît à qualifier ce mode de définition de « jeu de mots », tout le monde, dit-il, étant unanime à reconnaître que chez les femmes enceintes, les parturientes et les accouchées, des germes pathogènes viennent sur les parties génitales externes et à leur voisinage, germes qui peuvent être inoculés par le doigt explorateur.

Évidemment Bumm a mal saisi ce que nous voulions mettre en relief dans notre définition ; sans quoi, il ne se serait pas exprimé de cette manière.

Cela ressort aussi de ce qu'il a dit ensuite ; ce que nous voulons savoir, c'est si la sécrétion vaginale est infectante, si nous devons, ou non, désinfecter le vagin des parturientes. Le point en discussion dans l'étude de l'auto-infection concerne donc le rôle que les germes du vagin jouent dans la fièvre puerpérale.

Certes, Messieurs, c'est là un point discuté dans l'étude de l'auto-infection, dont nous reconnaissons évidemment avec Bumm la grande importance et à la solution duquel, dans un sens ou dans l'autre, nous nous sommes, par nos travaux bactériologiques, toujours efforcé de concourir. Mais lorsque Bumm pense que dans la question de l'auto-infection les divergences d'opinion se limitent sur ce seul point, alors il nous paraît qu'il se trompe.

L'étude de l'auto-infection est née du désir unanime de posséder une *prophylaxie rationnelle* de la fièvre puerpérale ; mais la prophylaxie capitale, tout le monde en tombera d'accord, c'est la prophylaxie des cas de fièvre puerpérale graves et mortels. Et c'est précisément pour cette raison que les divergences d'opinion sur ce point : des cas graves et mortels peuvent-ils provenir de l'auto-infection ? — sont plus

graves de conséquences que la discussion sur la virulence de la sécrétion vaginale.

Mais pour la solution de cette question il ne suffit pas de savoir seulement si la sécrétion vaginale des femmes enceintes peut infecter, et si nous devons en général ou seulement dans des conditions spéciales désinfecter le vagin des femmes enceintes avant et pendant l'accouchement. Pour cela nous devons savoir beaucoup plus : nous devons apprendre si du tégument des organes génitaux externes des parturientes et des accouchées peuvent se développer des infections puerpérales des plaies ; mais avant tout, *comment* évoluent ces complications des plaies, et si elles peuvent, en l'absence de toute intervention obstétricale pendant l'accouchement et les suites de couches, entraîner la mort ?

A notre avis, c'est là, dans l'histoire de l'auto-infection, le point du débat de beaucoup le plus important. Avec ces questions, elle acquiert, en effet, toute son importance médico-légale ; elle se relie étroitement au chapitre des devoirs, de l'éloignement obligé et volontaire de l'exercice de la profession, de la suspension de l'accoucheur, de *l'antisepsie et de l'asepsie subjectives*. Et précisément, sous le rapport de ce point du débat, nous devons marquer dans notre définition la différence extrêmement considérable qui existe entre les bactéries pathogènes qui peuvent se rencontrer soit sur la peau des femmes enceintes, des parturientes et des accouchées, soit sur la peau de l'accoucheur.

Nous accordons volontiers à Bumm que la preuve bactériologique de la présence sur la peau des organes génitaux externes et, dans leur voisinage, du staphylococcus pyogenes albus et aureus, du bacterium coli et du streptococcus pyogène est faite, et que ces germes peuvent, spontanément, envahir aussi le canal génital ou y être accidentellement portés. Mais ce qui importe, au point de vue pratique, c'est le *degré de virulence* de ces bactéries.

Bumm lui-même fait, dans son rapport, la remarque que lorsqu'on force un streptocoque pyogène, très virulent, à vivre quelque temps à l'état de saprophyte, ce germe perd très vite sa virulence. Mais, dans les conditions ordinaires, tous ces germes qui vivent sur les parties génitales externes sont réduits à l'état saprophytique, et, de ce fait, perdent de leur virulence, même quand ils y sont arrivés en pleine puissance de leurs qualités infectieuses.

Il en va tout autrement quand il s'agit des germes infectieux qui sont sur les mains des personnes dirigeant les accouchements, en particulier sur les mains du médecin. Sans doute ces germes sont éga-

lement là à l'état de saprophytes et perdent aussi, avec le temps, leur grande virulence ; mais, à cause de l'activité professionnelle spéciale des personnes qui font les accouchements, du médecin en particulier, du contact direct et indirect des mains avec la sécrétion lochiale des accouchées atteintes de maladies puerpérales, des contacts avec des phlegmons et autres affections de cette nature, la surface de ces mains est toujours souillée de nouveau par de la *matière infectieuse fraîche*, et pour ces raisons elle est, pour les parturientes et les accouchées, de beaucoup plus dangereuse que la surface des organes génitaux externes.

C'est sur cette notion que depuis longtemps déjà s'est édifiée la doctrine de l'*abstention*, et que, d'autre part, v. Winckel, dans son ouvrage classique sur la marche des suites de couches après les accouchements précipités, a noté, depuis longtemps aussi, le peu de dangers que courent les femmes qui en général ne sont pas touchées, au cours de l'accouchement, par les mains de personnes chargées de l'assistance obstétricale. Les observations extrêmement importantes de v. Winckel ont été confirmées par d'autres auteurs, particulièrement par Fehling. Ahlfeld communique d'ailleurs des cas de mort consécutifs à l'auto-infection, et Hofmeier base sur cette communication des déclarations très agressives. En opposition avec cela il suffit de déclarer qu'*une parturiente qui n'a pas subi d'examen interne est encore loin de pouvoir être identifiée avec une parturiente qui n'a absolument eu aucun contact avec l'accoucheur*.

En tout cas la différence dans le degré de virulence bactériologique de la surface de la peau des parturientes d'une part et de celle du tégument des mains de l'accoucheur d'autre part, à cause de son importance pratique dans toute la question de la fièvre puerpérale, nous a conduit à retirer, contrairement à Bumm, du domaine de l'infection hétérogène toutes les affections puerpérales ayant leur point de départ dans la peau des parturientes et à les faire rentrer dans le groupe des auto-infections.

Mais si nous voulons étudier l'auto-infection envisagée d'après notre définition sous le rapport de son importance dans les infections puerpérales, nous devons examiner les questions suivantes :

Quels dangers font courir aux parturientes les bactéries vivant à l'état de saprophytes dans l'intérieur du canal génital ? Et quels dangers dérivent pour elles des bactéries vivant aussi à l'état saprophytique sur leur tégument, et particulièrement sur la peau des organes génitaux externes ?

Mais, tout de suite, nous pouvons limiter la première question parce que, d'après nos recherches bactériologiques, il n'y a, les conditions étant normales, de bactéries saprophytes ni dans l'utérus ni dans le canal cervical, en sorte que la question peut être précisée et ramenée à celle-ci : *à quel danger exposent la parturiente les bactéries vivant à l'état saprophytique dans la sécrétion vaginale.*

A la question ainsi limitée, nous faisons, nous appuyant sur nos recherches bactériologiques, cette réponse : des bactéries reconnues comme agents pathogènes dans la fièvre puerpérale, les suivantes : streptococcus pyogenes puerperalis, staphylococcus pyogenes aureus, bacterium coli, gonocoque de Neisser, bacille de la diphtérie, diplocoque de la pneumonie et bacille du tétanos ne vivent jamais en *saprophytes* dans la sécrétion vaginale.

Une infection autogène, sous la dépendance de ces bactéries, ne peut donc avoir son point de départ dans la sécrétion vaginale des femmes enceintes.

Malheureusement les facteurs bactériens de la fièvre puerpérale, anaérobies saprogènes, ne se laissent *pas toujours*, jusqu'ici, par l'étude bactériologique de leurs caractères biologiques, différencier, à coup sûr, des anaérobies vivant à l'état de saprophytes dans la sécrétion vaginale.

Nous n'avons, à la vérité, jamais constaté, dans des milieux nutritifs à contenu albumineux, la production d'éléments fétides sous l'influence de l'activité nutritive : en sorte que, d'une façon générale, la présence d'anaérobies saprogènes dans la sécrétion vaginale est bien invraisemblable. Toutefois, nous ne sommes pas encore autorisés à nier formellement, sur le seul fondement de nos recherches bactériologiques, la possibilité de l'infection puerpérale autogène par des anaérobies se rencontrant dans la sécrétion vaginale des femmes enceintes. Seulement nous devons à l'heure actuelle encore utiliser pour la solution de cette question les observations cliniques.

Naturellement cette observation clinique doit être dirigée de telle façon qu'on puisse comparer la marche des suites de couches chez les femmes dont le canal parturient est désinfecté avant et pendant les suites de couches et chez celles dont le canal génital ne subit *pas* le contact des agents de désinfection.

Mais si l'on veut retirer de ce *contrôle clinique* quelque résultat appréciable, il faut mettre tous ses soins à ce que tous les autres facteurs, même les plus accessoires, qui cependant entrent en considération dans la marche des suites de couches, soient identiques.

Or personne ne contestera qu'il est impossible que tous ces facteurs soient, dans des cliniques différentes, tout à fait semblables. Aussi est-il, *a priori*, erroné de vouloir tirer, sous le point de vue de l'auto-infection par la sécrétion vaginale, une conclusion sérieuse quelconque de la comparaison des statistiques de deux cliniques différentes. Et même dans une même clinique des variations si importantes se produisent dans les facteurs qui influent sur les statistiques, et qui par suite doivent être pris en considération. qu'on ne doit tirer des observations cliniques de conclusions solides que si seulement ces observations cliniques sont prises dans la même clinique, pendant le même temps et dans des conditions générales de milieu semblables, par la même personne compétente et appréciées avec toute la réserve nécessaire.

Les recherches instituées dans ce but à la *Leipziger Frauenklinik* ont toujours abouti au même résultat, à savoir : que les lavages et les irrigations vaginales désinfectantes n'améliorent pas l'évolution clinique des suites de couches, qu'ils agissent plutôt défavorablement. Nous concluons de là, qu'en général, *il n'y a pas d'auto-infection tirant son origine de la sécrétion vaginale.* De plus, nous voyons les résultats de nos recherches bactériologiques confirmés par les résultats tirés de l'observation clinique.

Nous basant sur ces résultats, nous ne désinfectons *jamais* le canal génital interne avant, pendant et après l'accouchement, et nous devons tenir pour illogique, si l'on admet l'asepsie du canal génital, qu'on ne fasse pas une désinfection de ce canal dans les accouchements spontanés et qu'on la fasse au contraire dans les interventions obstétricales, instrumentales.

Mais comment se comporte par rapport au canal parturient la surface tégumentaire de la parturiente, spécialement la peau des parties génitales externes ?

Ainsi que nous l'avons déjà noté, une existence à l'état de saprophytes est dévolue aux bactéries qui habitent sur la peau normale des parties génitales externes, *modus vivendi* grâce auquel des bactéries éventuellement virulentes perdent plus ou moins complètement leur virulence. Pour cette raison déjà, et parce que la peau des organes génitaux externes n'entre pas souvent en contact avec de *la matière infectieuse fraîche*, le danger auquel sont exposées les plaies puerpérales est extrêmement faible.

Qu'en général une auto-infection puerpérale soit sous la dépendance

de bactéries pathogènes qui ont vécu sur la peau des organes génitaux externes, le fait, en raison des résultats de nos recherches bactériologiques et de ceux, avant tout, de l'observation clinique, ne nous paraît pas contestable. Mais cette infection autogène tirant son origine de la peau des organes génitaux externes, et dont l'influence sur le nombre des cas de suites de couches fébriles doit être plus exactement étudiée, est à notre avis pour cela d'une importance secondaire parce qu'elle comporte *toujours un pronostic favorable.*

Le contact entre les plaies puerpérales, et particulièrement entre les plaies utérines et les agents des maladies dans l'infection autogène, agents vivants sur la peau des organes génitaux externes, peut se réaliser de deux manières : ou bien les agents pathogènes sont cueillis par le doigt explorateur de l'accoucheur ou par des instruments sur les parties génitales externes et portés ensuite dans le canal génital, ou bien ces germes pénètrent spontanément dans le canal génital, et arrivent sur les plaies puerpérales. Cette immigration spontanée des agents pathogènes qui, d'après nos recherches, ne se rencontrent pas durant la grossesse dans la sécrétion vaginale, devient possible au début des suites de couches. D'une part, tout à fait contrairement à la sécrétion vaginale, les lochies, durant les premiers jours après l'accouchement, perdent vis-à-vis des germes pathogènes tout pouvoir bactéricide *efficace*, et peuvent même leur constituer un milieu nutritif. D'autre part, souvent chez l'accouchée, après l'accouchement, il existe une voie, plus ou moins continue, d'effractions épithéliales ou même de lésions plus profondes du périnée et de l'entrée du vagin jusqu'aux culs-de-sac vaginaux et à la cavité utérine, qui peuvent assurer aux germes pathogènes une diffusion superficielle et ouvrir le chemin vers l'utérus.

L'opinion que nous a attribuée Hofmeier, que la sécrétion lochiale est toujours bactéricide, est fausse.

Contrairement à cette opinion, nous avons de tout temps pensé que les sécrétions du canal génital dans les premiers jours des suites de couches ne possèdent aucune propriété bactéricide, et qu'elles n'acquièrent que graduellement contre les agents des maladies puerpérales cette force bactéricide que possède la sécrétion vaginale.

L'infection des plaies puerpérales par le gonocoque de Neisser n'a rien à voir avec l'infection autogène.

Contrairement à Olshausen et à Bumm, mais en accord absolu avec Hofmeier, nous déclarons encore une fois que l'infection gonorrhéique

de la plaie puerpérale ne doit pas être soustraite du domaine de la fièvre puerpérale.

La fièvre puerpérale gonorrhéique partant d'une gonorrhée urétrale-vulvo-vaginale ou cervicale, qui existait déjà pendant la grossesse, n'est rien de plus que l'extension d'un processus infectieux préexistant dans l'organisme. Mais cette extension est en rapport immédiat avec le travail de l'accouchement et avec la production des plaies puerpérales. Comme, toutefois, les gonocoques vivent, pendant la grossesse, dans le canal génital non comme des saprophytes, mais comme des parasites, on est aussi peu en droit de les rendre responsables d'une infection autogène que des agents infectieux d'une autre espèce qui par les voies vasculaires ou par d'autres voies indirectes de transport sont transportés des foyers infectieux existant en des points quelconques de l'organisme pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, jusque sur les plaies puerpérales. Mais, de même que ces derniers agents infectieux produisent, par le mode de propagation indiqué, des affections des plaies puerpérales, ainsi les gonocoques causent la fièvre puerpérale.

Ces nuances, ces distinctions paraissent peut-être artificielles ; mais, à notre jugement elles sont d'un haut intérêt parce qu'elles sont d'une grande importance pratique pour l'appréciation médico-légale de la fièvre puerpérale.

Comparativement à l'*infection autogène*, il faut maintenant accorder l'*infection hétérogène*, à l'infection externe proprement dite, la plus grosse importance. Cette importance, elle la doit non pas surtout à ce fait qu'elle compte à son passif le plus grand nombre des maladies puerpérales, mais parce qu'indépendamment des nombreux cas légers de fièvre puerpérale les cas graves et mortels sont exclusivement causés par l'hétéro-infection.

Cela, nous l'affirmons de la manière la plus formelle, en nous basant aussi bien sur nos recherches bactériologiques que sur nos observations cliniques, parce que récemment l'idée a été suggérée par un éminent accoucheur allemand, de qualifier l'abandon de l'antisepsie objective, avant les interventions obstétricales, d'action punissable et susceptible, à l'occasion, de causer la mort. Nous nous élevons de la façon la plus énergique contre une semblable proposition, parce que notre conviction, fondée sur des observations scientifiques et cliniques, est qu'on ne fait rien d'utile en imposant la désinfection du canal de la parturition, bien plus, qu'on peut, de ce fait, porter atteinte à la santé des

parturientes. C'est avec une surprise particulièrement profonde que nous avons appris que v. Winckel, à qui l'on doit les observations si intéressantes sur les accouchements précipités, s'est prononcé dans le même sens qu'Hofmeier.

L'infection puerpérale hétérogène, tout à fait importante en réalité. survient parce que les agents pathogènes de nature bactérienne, sont transportés du milieu extérieur à la parturiente ou à l'accouchée, par exemple par la main de l'accoucheur, par les instruments, éventuellement par l'intermédiaire de l'air sur les plaies puerpérales. Comme dans l'apparition et dans l'évolution d'une infection, indépendamment de la virulence des germes infectieux et de la disposition particulière du sujet infecté, le nombre des agents pathogènes importés est d'une grande importance, l'air à cause de sa faible teneur en germes et à cause de l'atténuation de la virulence des agents pathogènes qu'il tient en suspension, joue à peine un rôle dans la production d'une infection puerpérale hétérogène.

Si donc tout l'appareil instrumental de l'accoucheur, ce qui est toujours réalisable, est sûrement stérilisé, alors interviennent dans l'infection hétérogène, comme véhicule des germes infectieux, presque uniquement les mains, qu'il est impossible de stériliser sûrement, des personnes chargées de diriger l'accouchement.

Aussi, avec Bumm, nous nous rallions formellement à la proposition suivante : le danger réel qui menace la parturiente vient pour le dehors presque exclusivement des mains de l'accoucheur.

Pour cette raison, une désinfection du canal de la parturition aseptique est hors de propos, et c'est seulement par l'application des règles de désinfection par un personnel spécial que des germes infectieux, tout à fait virulents, peuvent être portés dans le canal de la parturition.

Et même le point de vue spécial auquel se place Bumm pour qualifier d'utile l'usage de la désinfection par le sublimé des organes génitaux internes de la parturiente n'est pas, à notre jugement, de nature à faire supplanter, en obstétrique comme en chirurgie, l'asepsie objective par l'antisepsie objective; Bumm relève à l'avantage des solutions mercurielles la production dans les voies de la parturition d'une combinaison albumino-hydrargyrique, douée d'un pouvoir antiseptique et exerçant une action déprimante sur le développement des germes infectieux hétérogènes, transportés et inoculés par les mains de l'accoucheur.

En résumé, toute la prophylaxie de la fièvre puerpérale réside, avant tout, dans l'antisepsie et l'asepsie rigoureuses de l'accoucheur.

Il est d'une grande importance pratique, pour la prophylaxie de la fièvre des accouchées, d'observer les préceptes suivants :

Réduction au minimum, sur les mains des personnes chargées de la direction de l'accouchement, des germes pathogènes par des procédés de désinfection efficaces avant tout contact avec les organes génitaux des parturientes et des accouchées.

Usage aussi général que possible de gants de caoutchouc stérilisés dans les examens obstétricaux et les opérations, comme dans les petites interventions obstétricales : désinfection externe, cathétérisme, protection du périnée, section du cordon, etc. ; — enfin, limitation de l'exploration interne.

Éventuellement, abstention et éloignement de l'accoucheur de la pratique obstétricale.

Par l'observation de ces règles de conduite, deux buts sont atteints pour la prophylaxie de la fièvre puerpérale :

1° Les germes infectieux, en pleine virulence, sont écartés *au maximum* des plaies puerpérales.

2° On réduit, en outre, les conditions favorables à l'établissement d'une disposition locale pour des infections puerpérales.

4° **Rapport de Pestalozza** (de Florence) (1).

A l'heure actuelle il n'y a plus de discussion possible sur la nature des infections puerpérales : c'est pour cela que le Rapporteur s'est proposé l'étude des voies que les différents agents pathogènes peuvent suivre pour pénétrer dans les tissus du canal génital de la femme en couches, et des conditions qui favorisent cette pénétration. Il a suivi pour cela les résultats obtenus à la clinique obstétricale de Florence sur 4,015 femmes entrées dans le service pendant le quinquennat 1895-1899, c'est-à-dire dès l'époque où l'on a renoncé dans la clinique à toute désinfection du vagin chez la femme saine en couches.

La clinique obstétricale de Florence dispose d'un service d'accouchements et d'un pavillon d'isolement pour les infections puerpérales, où sont accueillies soit des femmes qui, ayant accouché en dehors de la clinique, présentent des accidents infectieux, soit des femmes infectées à la suite d'un accouchement à la clinique. Le service d'accouchements

(1) Traduction officielle du résumé de l'auteur.

a accueilli pendant le quinquennat 3,847 femmes : sur ce nombre seulement 32 ont dû passer au pavillon d'isolement pour des accidents infectieux de quelque gravité, et c'était, pour la plus grande partie, des femmes dont le travail d'accouchement avait débuté quelque temps avant l'entrée à la clinique ; de ces 32 femmes, 30 sont sorties guéries. Après un accouchement en ville, sont entrées au pavillon d'isolement 168 femmes ; il en a succombé 23.

Les 3,847 accouchées de la clinique n'ont eu ni désinfection prophylactique du vagin, ni injections vaginales ou utérines après l'accouchement, même en cas d'accouchements artificiels. Ces mesures ont été réservées pour des cas très rares de femmes qui avaient été l'objet de manœuvres ou touchers suspects avant leur entrée à la clinique.

C'est sur les 200 femmes du pavillon d'isolement qu'ont porté les recherches du Rapporteur au point de vue clinique, anatomique et bactériologique. Les résultats de ces recherches, qui figurent *in extenso* dans le Rapport, ont permis au Rapporteur d'arriver aux conclusions suivantes :

1° La marche aseptique des suites de couches est subordonnée à l'application rigoureuse des procédés de désinfection des organes génitaux externes de la femme et des mains et instruments de l'accoucheur.

2° Il faut condamner comme superflue et dangereuse toute désinfection du vagin de la femme saine en couches.

3° En cas de doutes autorisés sur l'asepsie du vagin, c'est-à-dire chez les femmes qui ont des maladies infectieuses de l'appareil génital, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de s'abstenir du toucher vaginal pendant l'assistance à l'accouchement.

4° La désinfection vulvaire et celle des mains de l'accoucheur sont suffisantes pour prévenir toute possibllité d'*infection* pendant l'accouchement ; il reste toutefois une voie ouverte à la possibilité d'une fièvre puerpérale par intoxication (saprémie).

5° Une assistance antiseptique bien entendue doit comprendre aussi les précautions nécessaires à limiter la possibilité d'une intoxication putride puerpérale : c'est-à-dire la prévention d'une rupture prématurée de la poche des eaux ; la réunion par suture immédiate de toute plaie vulvaire, vaginale ou cervicale ; et surtout l'assistance prudente à la période de la délivrance, à l'exclusion de toute manœuvre d'intervention précoce. C'est là le meilleur moyen pour éviter la rétention de lambeaux de membranes, de débris placentaires, et de caillots de sang, qui donneraient un terrain trop favorable aux processus de putréfaction.

6° Au cours des suites de couches il faut s'abstenir de toute injection

vaginale ou utérine; bon nombre des cas d'infection doivent être rapportés à l'usage imprudent de ces moyens.

7° En cas d'accidents infectieux il est de la plus haute importance d'acquérir une connaissance exacte de la porte d'entrée de l'infection, c'est-à-dire s'il s'agit d'une infection vulvaire, vaginale, cervicale, utérine ou combinée. La pratique d'avoir recours d'emblée, en tout cas de fièvre, aux injections utérines est hautement blâmable ; il y a lieu de croire qu'elles soient bien souvent l'occasion à l'extension des accidents infectieux. Surtout dans les cas où l'on se doute d'une assistance imparfaite au point de vue de l'antisepsie, il faut toujours s'informer de l'état du col de la matrice. Tout traitement de l'infection doit être précédé par un diagnostic soigné de la porte d'entrée de l'infection; ce diagnostic, en l'état actuel de nos connaissances, a une importance bien plus grande, au point de vue pratique, que ne l'aurait le diagnostic, encore entouré de trop de difficultés, sur la nature des germes infectieux.

8° Les recherches bactériologiques confirment la fréquence de l'infection streptococcique; c'est le seul agent que le Rapporteur ait pu constater dans les cas de péritonite puerpérale ou dans les foyers métastatiques; quant à l'infection staphylococcique, il ne l'a pu constater que sous la forme d'abcès multiples dans le parenchyme utérin (cas d'avortement criminel). L'examen bactérioscopique n'est pas toujours suffisant, parce qu'il y a des formes de streptocoques à développement anaérobie qui se retrouvent assez souvent dans les formes de saprémie, et qui n'ont démontré aucun pouvoir pathogénétique. Le b. coli n'a pu être constaté par le Rapporteur que dans des cas de fièvre intrapartum par décomposition du liquide amniotique. Il y a enfin des cas qui pourraient accréditer la possibilité d'une infection diplococcique; mais selon toute probabilité il s'agit là de formes de saprémie, où le transport de fragments de thrombus décomposés a préparé le terrain au développement des diplocoques qui se trouvaient sur la plaie.

Discussion.

— **Veit** (Leyde). — L'infection autogène au sens propre du mot n'existe pas.

A côté des infections portées par le médecin au cours de l'examen obstétrical il y a place pour les infections dont l'origine se trouve dans les rapports sexuels, les touchers non médicaux, l'entrée de fèces dans le vagin, etc.

— **Simpson** (Edimbourg). — Le Dr Simpson fait part du plaisir qu'il a ressenti à écouter les excellentes communications des rapporteurs. M. Simpson désirerait appeler l'attention de ses confrères sur un seul point. C'est sur l'importance qu'il y a à s'occuper de l'état général et local des femmes en couches. Il serait bon que l'on prît un plus grand nombre d'observations sur les modifications qui se produisent dans la constitution des éléments liquides et solides du corps humain pendant le travail de l'accouchement, modifications qui sont dues autant à ce travail qu'à l'état de santé dont jouissait la parturiente. Ces modifications doivent jusqu'à un certain degré prédisposer la femme à l'invasion des microbes. Il serait aussi utile de préciser quelles sont les sources de contagion qui par l'entremise des mains ou des instruments deviennent une cause de danger pour la malade. Il serait important de savoir distinguer quelles sont les différentes variétés de germes, et leur mode d'action, d'apprendre quels sont les meilleurs moyens d'aseptiser les mains, et enfin de reconnaitre les maladies où il y a danger pour le médecin à se rendre directement chez une accouchée, par exemple l'érysipèle et les affections de même nature.

— **Dœderlein** (Tubingen). — Les progrès qui ont été réalisés depuis le Congrès international qui eut lieu à Berlin il y a dix ans et où la question de la fièvre puerpérale a été discutée pour la deuxième fois entre internationaux, prouvent combien la manière dont en envisage actuellement cette question est la vraie pour la pratique des accouchements ; cette manière de voir est principalement le résultat des recherches bactériologiques.

La prophylaxie de la fièvre puerpérale réside aujourd'hui presque tout entière dans la désinfection des mains. Il est notoire que ni les parasites ordinaires de la peau, ni les microorganismes qui pourraient éventuellement s'y trouver ne sauraient être détruits avec certitude. Si donc nous ne voulons pas renoncer entièrement aux examens internes, ce qui ne semble pas possible, nous devons, jusqu'au jour où nous serons en possession de nouvelles méthodes réellement efficaces de désinfection des mains, recourir à une protection artificielle, telle qu'on la trouve dans l'usage de gants de caoutchouc.

Avec ce procédé, nous réduirons au minimum le nombre des infections puerpérales graves.

— **Hofmeier** (Würtzbourg). — La clinique ne peut suivre la fluctuation des apports théoriques de la bactériologie.

L'emploi des gants caoutchoutés est certainement agréable et peut rendre service; mais Hofmeier tient à faire constater que, dans sa clinique,

ses 2,000 dernières accouchées n'ont présenté aucune infection grave. Aucune n'est morte et cependant on n'a pas employé de gants caoutchoutés.

— **Loehlein** (Giessen). — Les notions plus précises que l'on possède actuellement sur la pathogénie de la fièvre puerpérale, l'unanimité avec laquelle l'auto-infection est rejetée par tous les savants nous font un devoir aujourd'hui de rappeler encore une fois la tragique figure de I. P. Semmelweiss. Lui aussi considérait la désinfection des mains comme étant le moyen le plus sûr d'éviter la fièvre puerpérale. C'est comme dans un éclair de génie que ce fait lui fut subitement révélé.

— **Coromilas** (Athènes). — Souvent l'hématozoaire de Laveran joue un rôle dans la pathogénie de la fièvre qu'on observe chez l'accouchée. Dans ce cas il faut employer la quinine.

— **Brindeau** et **O. Macé** (Paris) (1). — Nous nous sommes efforcés, dans nos recherches *sur le rôle des anaérobies dans l'infection puerpérale*, d'étudier les caractères propres à chacun des microbes que nous avons trouvés. Les huit observations que nous avons recueillies se rapportent à des infections s'accompagnant de fétidité lochiale. Nous avons employé le procédé Liborius-Veillon sur gélose sucrée et sur peptone de lait gélosé de Michel.

1° Deux espèces microbiennes : streptocoque et colibacille. (La malade est morte.)

2° Une seule espèce microbienne : bacille prenant le Gram, présentant une légère capsule et les caractères du bacillus perfringens de Veillon. Très pathogène pour l'animal. (La malade a guéri.)

3° Deux espèces microbiennes : un bacille et un coccus. Le bacille ne prend pas le Gram, n'a pas poussé sur les milieux ordinaires. Le coccus est formé par un streptocoque facultatif dégageant des gaz. (La malade a guéri.)

4° Deux espèces microbiennes : un bacille et un coccus. Le bacille a tous les caractères du colibacille, le streptocoque est anaérobie strict et a été décrit par Veillon sous le nom de streptocoque tenuis. (Malade guérie.)

5° Deux espèces microbiennes : quelques rares cocci et un bacille. Le coccus est formé par un staphylocoque blanc. Le bacille est très abondant et ne nous paraît pas décrit jusqu'ici. Il est volumineux, ressemblant au vibrion septique, mobile, prenant le Gram, dégageant des gaz peu fétides. Pathogène pour le cobaye et la souris. (Fœtus emphysémateux.)

---

(1) Résumé des auteurs.

6° Deux espèces microbiennes : un bacille et un coccus. Le bacille ne nous paraît pas décrit, il est aérobie facultatif. Le coccus est un streptocoque à très grandes chaînettes, anaérobie strict, dégageant des gaz fétides et dont les colonies sont très grosses.

7° et 8° Deux espèces microbiennes : un streptocoque facultatif et un bacille prenant le Gram facultatif et non décrit.

En somme, il résulte de ces recherches que la putréfaction des lochies n'est pas due à un microbe spécifique et que de nombreux microorganismes aérobies et anaérobies peuvent la produire.

— **Doyen** (1) (Paris). — La fièvre puerpérale commune est due à peu près exclusivement au streptocoque pyogène. Les recherches bactériologiques et expérimentales que j'ai faites à l'Hôtel-Dieu de Reims en 1886, 1887, 1888, et qui ont été communiquées à l'Académie de Médecine le 17 mars 1888, m'ont permis d'identifier le streptocoque pyogène, le streptocoque de l'érysipèle et le streptocoque puerpéral.

Les cas les plus graves d'infection puerpérale sont ceux où le streptocoque existe seul dans la cavité utérine. Dans ces cas, l'écoulement utérin n'a pas d'odeur.

— **Pinard**. — Je suis d'accord avec M. Doyen lorsqu'il insiste sur certaines formes anatomo-cliniques d'infection puerpérale (septicémie mortelle sans lésions macroscopiques du péritoine, érythème scarlatiniforme, etc.), observées depuis fort longtemps par les accoucheurs. Mais je ne puis accepter la tendance unitaire de sa conception pathogénique. On ne peut tout rapporter à un streptocoque unique. Il y a en effet plusieurs variétés de streptocoques. Il serait à souhaiter que l'agent infectieux fût toujours le même streptocoque. Le problème de la sérothérapie de l'infection puerpérale serait déjà résolu.

— **Doyen** (Paris). — Je suis tout à fait de l'avis de M. Pinard. En effet, j'ai isolé deux autres types de streptocoques de plusieurs cas d'abcès et d'infection puerpérale à marche chronique avec accès fébriles intermittents. Je les ai décrits sous le nom de *streptococcus pyogenes crassus* et de *streptococcus pyogenes liquefaciens*.

Vendredi 3 août, séance de l'après-midi.

Présidence de M. R. Simpson (Edimbourg).

[Suite et fin de la discussion sur l'*Étiologie et la nature des infections puerpérales*.]

---

(1) Résumé de l'auteur.

— **De Cortejarena** (Madrid). — L'opportunité de ce sujet de discussion est évidente, parce qu'il démontre qu'on n'a pas dit le dernier mot sur les infections puerpérales, comme on le crut en ces derniers temps, en estimant que les pratiques antiseptiques avaient tout résolu.

Abstraction faite des infections directes, il y en a d'autres qui sont moins directes, telles que l'atmosphère qui entoure l'accouchée, ou des maladies intercurrentes, spécialement celles de nature infectieuse.

Les pratiques antiseptiques ont même été l'origine, en des temps récents, à cause du mauvais emploi qu'on en a fait, de l'infection que l'on tâchait d'éviter. Il est vrai qu'on a pu dominer plus facilement ces infections.

On a toujours considéré ce que l'on appelait fièvre puerpérale comme étant une maladie maligne, putride, fébrile, quoiqu'on l'ait crue jadis une fièvre essentielle. Aujourd'hui, elle est considérée par la plupart comme une infection produite par l'action des microorganismes dans les conditions précisées par Pasteur dans ses fameuses études.

Malgré tout, il y a encore des cas d'infection inattendus et dont l'explication reste obscure.

— **Krönig** (Leipzig).— Il semble acquis que les agents de l'infection puerpérale sont multiples. M. Pinard a insisté sur l'importance du fait au point de vue de la thérapeutique de l'infection pendant les suites de couches. Le sérum de Marmorek ne peut, en effet, s'adresser qu'aux cas où l'on a déterminé avec certitude, comme agent infectieux, le streptococcus pyogenes puerperalis. Löhlein a eu raison de rappeler dans cette discussion les travaux du grand clinicien Semmelweis. Il ne faut pas oublier de joindre à son nom les deux noms de Pasteur et de Koch, en particulier celui de Pasteur qui le premier a isolé le streptocoque à l'état de pureté dans le sang des infections puerpérales et nous a fait connaître l'existence des microbes anaérobies.

— **Menge** (Leipzig). — Je répondrai d'abord aux objections de M. Hofmeier, objections qu'il a déjà présentées au Congrès de Berlin. En aucune façon et en aucun temps, nos opinions sur la bactériologie des sécrétions génitales n'ont changé. Toutes les déductions cliniques tirées de nos recherches bactériologiques restent debout. Nous avons trouvé et décrit dans les sécrétions génitales des streptocoques saprophytes de nature facultativement ou strictement anaérobie ; mais ces streptocoques ne sont pas identiques au streptocoque pyogène. De même parmi les streptocoques strictement anaérobies il y en a de diverses sortes. M. Hofmeier semble croire à l'unité de toutes les variétés de streptocoques.

COMMUNICATIONS

1° Observation de phlegmatia alba dolens guérie par l'emploi du sérum de Marmorek.

— **Clozier** (Beauvais). — Secondipare. Début de la phlébite le 25e jour; injection de sérum, 40 c. c. en deux fois à trois jours d'intervalle, au début des accidents. Après l'injection, l'évolution de la phlébite s'est arrêtée. Régression rapide : au 16e jour, la malade marche. Le 30e jour, la guérison était complète. L'enfant n'a pas souffert pendant l'évolution de cette phlegmatia.

2° Sur l'emploi de l'aniodol en obstétrique.

— **Mouren** et **Sedan** (Marseille). — Ce travail est basé sur les observations de la Maternité de Marseille (inédites) ; des Drs Platon et Coche, accoucheurs à Marseille ; de M. Hawthorn, interne des hôpitaux, observations recueillies depuis deux ans.

L'aniodol est un antiseptique antithermique ; inoffensif pour les séreuses, la vessie, l'utérus.

C'est un désodorisant de premier ordre.

Il peut être employé sous les formes les plus diverses : liquide, savon, poudre, objets de pansement.

— **Pinard**. — Depuis que j'ai fait connaître à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle les résultats que j'ai obtenus par l'emploi de l'aniodol, j'ai continué à l'employer à la Clinique Baudelocque.

L'aniodol est le désodorisant le plus puissant que je connaisse. Pour l'asepsie des mains je ne connais rien de plus efficace que le savon à l'aniodol. Je n'ai constaté, comme accidents, qu'une légère diarrhée à la suite d'injections intra-utérines de 10 à 20 litres de solution à 1 p. 4000. Des recherches entreprises par M. Marmorek à mon instigation seront publiées ultérieurement.

3° Le traitement local de la septicémie puerpérale employé à la Maternité de Bucharest.

— **Draghiescu** (de Bucharest) (1). — Ce traitement consiste dans le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée imbibée

(1) Résumé de l'auteur.

avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100 ou 10 p. 100 après avoir fait préalablement une irrigation intra-utérine prolongée.

Pour avoir beaucoup de chances de guérison, il faut instituer le traitement aussitôt le diagnostic fait, c'est-à-dire tout à fait au commencement de l'infection. Dans notre service, nous avons fixé les indications suivantes : sitôt qu'une nouvelle accouchée a un ou plusieurs frissons, une température de 38° et un pouls de 100 par minute et, *a fortiori*, si le cas est plus grave d'emblée, on doit faire une irrigation prolongée suivie du tamponnement de la cavité utérine.

Les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

En 1896	sur 1.546	accouchements,	3	morts	0,12	p. 100
En 1897	1.838	—	4	—	0,22	—
En 1898	1.743	—	1	—	0,05	—
En 1899	2.047	—	3	—	0,13	—

Nous savons très bien qu'avant nous d'autres praticiens ont introduit de la gaze iodoformée dans la cavité utérine, mais dans le but de faire un drainage de cette dernière. Le tamponnement fait par nous n'a pas seulement pour but de drainer la cavité utérine ; mais, par le fait que la mèche introduite se trouve en contact avec toute la surface de la cavité utérine, distendue un peu justement par la présence de cette dernière, elle a la mission de cautériser la couche superficielle de la muqueuse utérine. Enfin ce tamponnement n'étant renouvelé que deux fois dans les vingt-quatre heures, son action est continue et plus efficace. Avec ce traitement on observe plus rarement des salpingo-ovarites, des annexites et des phlébites, qui sont des complications encore assez fréquentes des autres traitements. La femme se rétablit bien plus rapidement.

— **Andronesco** (Bucharest). — La gaze iodoformée ainsi introduite dans l'utérus ne le dilate pas ; au contraire, elle aide les contractions utérines, ce qui est une excellente chose.

4° Quelques considérations sur les injections du sérum artificiel dans les infections puerpérales.

— **P. Pecker** (Maule). — Dans les cas d'infection puerpérale, les injections hypodermiques de sérum artificiel ont non seulement pour but de relever la résistance vitale de l'organisme ; mais, en vertu de leur action biologique sur les fibres lisses de l'utérus, elles

éveillent sa contractilité et aident ainsi à débarrasser sa cavité des matières septiques — source de l'infection puerpérale.

5° Asthme et puerpéralité.

— **Audebert** (Toulouse) (1). — 1° L'asthme vulgaire, aussi bien que l'asthme des foins, peut se manifester pour la première fois à l'occasion de la puerpéralité. Quelquefois *il se montre exclusivement pendant la gestation* et même pendant plusieurs gestations successives. Il devient alors *un vrai signe de grossesse*. C'est ainsi que, dans un cas personnel, l'apparition d'une crise d'asthme survenant subitement chez une femme quartipare lui a permis de reconnaître, à la fin du troisième mois, l'existence d'une grossesse jusqu'alors ignorée (elle était nourrice et non réglée).

2° Si la maladie est antérieure à la grossesse, ses manifestations acquièrent alors une intensité beaucoup plus grande.

3° Au moment de l'accouchement, les accès sont particulièrement violents et dangereux. Parfois, au contraire, ils font complètement défaut.

4° Le pronostic est sérieux : A. *pour la mère* qui peut succomber (1 cas de mort sur 7) ; B. *pour le fœtus* qui souffre plus ou moins. Les mouvements actifs sont momentanément ralentis ou même interrompus. Chez une de mes malades, les battements du cœur fœtal ont échappé pendant un jour à l'auscultation la plus attentive. Entendus, quoique très affaiblis, le lendemain et les jours suivants, ils ont cessé complètement quelques minutes avant la naissance. L'enfant n'a pu être ranimé.

5° La dyspnée même très violente ne détermine jamais la moindre contraction utérine. Mais au contraire le travail aggrave notablement les accidents de suffocation.

6° La morphine et la révulsion locale dans les cas d'asthme essentiel, la quinine dans l'asthme des foins, amènent d'ordinaire une sédation marginée.

La provocation de l'accouchement est indiquée, surtout dans l'intérêt de l'enfant, si les crises sont graves et répétées. On choisira pour intervenir une période d'accalmie. Le travail sera accéléré par la dilatation manuelle, et on extraira l'enfant aussitôt que possible par le forceps ou la version.

---

(1) Résumé de l'auteur.

6° Myômes et grossesse.

Hofmeier (Würtzbourg) (1). — Hofmeier, se basant sur 150 observations personnelles de malades atteintes de fibro-myômes de l'utérus a repris d'une façon précise la question des rapports des fibromes de l'utérus avec la conception et la fécondité. Voici les conclusions qui découlent de ce travail :

1° Dans la catégorie des femmes atteintes de myômes, la proportion des *femmes non mariées* par rapport au nombre des femmes mariées n'est pas plus grande que dans la catégorie des femmes atteintes d'affections gynécologiques en général et même que dans la population en général.

2° Quoique la proportion des femmes mariées atteintes de myômes et *stériles* (environ 25 p. 100) par rapport au chiffre général des mariages stériles (environ 11 p. 100) soit très élevée, il ne faut pas cependant, dans la plupart des cas, mettre cette stérilité, qui existait déjà depuis un grand nombre d'années, sur le compte du myôme. La *stérilité*, en effet, existait déjà bien longtemps *avant* le développement du myôme.

On peut faire la même remarque pour ce qui concerne l'influence du myôme sur la fécondité.

3° Comme, sur 550 malades, 224 n'ont jamais conçu et que 70 n'ont eu qu'une seule grossesse, on peut tirer ces conclusions que l'absence de grossesse favorise l'éclosion du myôme.

4° L'existence de myômes *gêne très peu la conception* (44 observations personnelles) et ne trouble pas très souvent la marche de la grossesse. Pour cette raison les interventions opératoires au cours de la grossesse sont peu souvent indiquées et ne peuvent devenir nécessaires éventuellement qu'à la fin de la grossesse.

5° L'accouchement et la période de délivrance évoluent presque toujours favorablement avec un peu de surveillance. On peut être obligé de faire éventuellement des opérations après les suites de couches, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, mais en général ces opérations sont faciles.

7° L'hystérectomie abdominale totale, dans les cas de dystocie par fibrome utérin.

— **Eustache** (Lille). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme atteinte de dégénérescence fibromyomateuse énorme de l'utérus

(1) Traduction officielle du résumé de l'auteur.

avec grossesse à terme et travail commencé depuis plusieurs jours. Devant l'impossibilité de terminaison par les voies naturelles et la survenance d'accidents infectieux, il recourut de propos délibéré à l'hystérectomie abdominale totale et obtint un succès complet pour la mère (l'enfant était déjà mort et macéré).

Il insiste sur la facilité de l'opération dans les cas de grossesse à terme, facilité due à l'élongation du vagin, sur la bénignité des suites opératoires dans le cas qui lui est personnel comme dans les cas analogues qui ont été publiés déjà. Il en conclut que, dans la dystocie par fibromes utérins, l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro doivent céder le pas à l'hystérectomie abdominale totale, laquelle doit être comptée désormais au nombre des opérations obstétricales.

— **Albert Martin** (Rouen). — J'adopte volontiers la conclusion de M. Hofmeier, mais avec quelques restrictions.

Dans bien des cas en effet les fibromes sont peu gênants pour la marche de la grossesse (fibrome petit, siégeant dans le fond de l'utérus), mais il n'en est pas toujours ainsi. La présence de tumeurs fibreuses peut amener des fausses couches répétées. Au moment du travail le fibrome peut mettre obstacle à l'expulsion du fœtus ou être la cause de complications terribles.

A l'appui de cette opinion M. Martin rapporte 2 observations. Aussi n'a-t-il pas hésité depuis à pratiquer de propos délibéré la myomectomie chez une femme enceinte de deux mois portant un fibrome du volume des 2 poings qui donnait lieu à des phénomènes de compression. La grossesse a continué.

Il lui semble donc qu'il y a dans bien des cas avantage à intervenir pendant la grossesse. La myomectomie est l'opération de choix.

— **Pinard**. — Parmi les conclusions d'Hofmeier, si quelques-unes peuvent être discutées, il me semble que les deux dernières auront l'assentiment de tous les accoucheurs expérimentés.

Les myômes compliquant la grossesse troublent rarement sa marche. Quant à l'accouchement, il est exceptionnellement rendu difficile ou impossible.

Je n'en veux pour preuve que la statistique faite dans mon service par le Dr Bigex (1), et qui porte sur les cinq dernières années. Pendant

(1) BIGEX. *Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées*. Thèse Paris, 1900.

ce temps 12,051 femmes accouchèrent à la Clinique Baudelocque. Chez 83 on a noté des fibromes; 4 fois seulement l'accouchement par les voies naturelles fut impossible, et nécessita une grande intervention. L'expectation prolongée, le passage forcé du fœtus dans la filière pelvienne rétrécie doivent être proscrits. Dès que j'ai reconnu que le fibrome obstrue l'excavation et ne peut être refoulé, j'interviens par laparotomie : c'est alors que les conditions rencontrées font pencher la balance soit en faveur de la myomectomie, soit de l'hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale. En résumé, le volume des myômes, leur lieu d'insertion ne constituent pas fatalement des indications d'intervenir.

8° Un cas de grossesse interstitielle.

— **Bar** et **Bufnoir** (Paris) (1). — Les faits de grossesse interstitielle ayant dépassé les premières semaines sans rupture sont rares.

Les observations qui ont été rapportées ne sont pas toujours suffisamment complètes pour être indiscutables.

Nous présentons une pièce anatomique qui nous paraît offrir un grand intérêt.

Une femme entre à l'hôpital Saint-Antoine le 26 décembre 1899.

Elle se dit enceinte de sept mois. Elle a déjà eu une grossesse qui a bien évolué.

Cinq jours avant son entrée, elle a eu de vives douleurs dans le ventre, des syncopes.

Son état n'a cessé de devenir plus grave; quand on l'apporte, elle est mourante.

A l'autopsie, nous avons trouvé la pièce suivante : un utérus vide avec sa caduque. Au-dessus de la cavité utérine, un kyste contenant un fœtus de 1,025 grammes qui devait être vivant au moment de la rupture.

La surface interne de ce kyste est couverte par le placenta.

La surface externe présente de nombreuses adhérences avec les organes voisins.

La poche contenant le fœtus est manifestement développée dans le tissu de l'utérus, car on voit nettement dans sa paroi les faisceaux musculaires de celui-ci s'élevant jusqu'à une assez grande hauteur.

---

(1) Résumé des auteurs.

Les trompes et les ovaires sont indemnes. Leur situation et celle des ligaments ronds excluent tout autre diagnostic que celui de grossesse interstitielle.

— **Pinard.** — L'étude faite par MM. Bar et Bufnoir sur leur si intéressante pièce est trop incomplète pour qu'on puisse en tirer, quant à présent, aucune conclusion ferme.

9° Un cas de périnéoplastie par forcipressure à demeure pour une déchirure complète.

— **Hagapoff** (Constantinople).

Samedi 4 août, séance du matin.

Présidence de M. Morisani (Naples).

1° Tension artérielle et puerpéralité. — Grossesse. — Accouchement. — Suites de couches physiologiques et pathologiques.

— **Queiriel** et **G. Reynaud** (de Marseille) (1). — Nous avons recherché systématiquement, depuis quelques mois, chez un certain nombre de femmes entrées à la clinique obstétricale de Marseille, les variations que présente la tension artérielle pendant les derniers mois de la grossesse, au cours des diverses périodes de l'accouchement ainsi que durant les suites de couches.

Nous nous sommes efforcés, pour ces recherches, de nous placer constamment dans les mêmes conditions d'expérience : la tension, — mesurée avec le sphygmomètre de Verdin, — a toujours été prise par le même opérateur, le matin à la même heure, sur le même point de l'avant-bras, au tiers inférieur de la radiale gauche, les femmes étant au repos depuis au moins dix minutes.

Ajoutons que, d'après la moyenne établie sur les mensurations nombreuses qui ont été pratiquées chez des adultes bien portantes, nous considérons comme normale, chez la femme, la tension qui oscille entre 15 et 16 centimètres de mercure.

---

(1) Manuscrit remis par les auteurs à la Rédaction des *Annales*.

Nos 68 observations peuvent se diviser en deux groupes : observations de grossesses normales ; observations pathologiques.

I. — **Grossesse normale.** — D'une façon générale, il résulte de l'ensemble des 50 tracés qui composent ce groupe, que la tension artérielle, sans modifications notables jusqu'au milieu du huitième mois, tend à s'abaisser à partir de cette époque, entraînant ainsi une hypotension plus ou moins marquée à la fin de la gestation.

Les différentes périodes du travail s'accompagnent d'une hypertension progressive dont le maximum correspond à l'expulsion fœtale, après laquelle on constate toujours, en dehors de toute cause pathologique, une hypotension, brusque et passagère, offrant son chiffre minimum au moment de la sortie du placenta. Puis la courbe remonte de nouveau rapidement au-dessus de la normale et se maintient à ce niveau durant les cinq premiers jours qui suivent la délivrance, après quoi la pression sanguine regagne définitivement son taux physiologique.

Tel est le schéma que nous avons à peu près constamment retrouvé non seulement dans 20 observations complètes de grossesse normale, régulièrement suivies depuis les quinze derniers jours qui précèdent l'accouchement (14 obs.) jusqu'à la fin de la période *post-partum*, mais encore dans une série de 38 tracés recueillis isolément, soit pendant la seconde moitié de la grossesse (11 obs.), soit pendant le travail et les suites de couches (19 obs.).

1° Grossesse. — D'après les chiffres notés le plus fréquemment aux

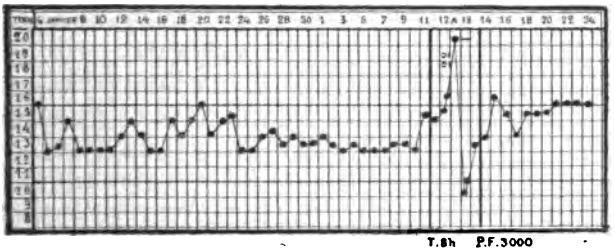


Tableau A.

différentes époques de la gestation, l'on remarque que la tension artérielle oscille d'ordinaire, jusqu'à la fin du septième mois, entre 15 et 16 centim. (taux normal). Elle s'installe ensuite aux environs de 14 au cours du huitième, pour s'abaisser souvent, aux approches du terme (Tableau A), jusqu'à 13, 12, parfois même au-dessous, sans qu'il

soit possible d'invoquer aucun état pathologique dans la production de ces phénomènes vasculaires. Les degrés de cette hypotension ont paru, dans la majorité des cas, en rapport avec le développement de l'abdomen.

2° Accouchement. — Nous avons recherché, à des intervalles très rapprochés, chez 36 femmes en travail, les changements que subit la pression artérielle depuis l'apparition des premières contractions utérines jusqu'à l'expulsion fœtale, ainsi que pendant et après la délivrance (Tableau D).

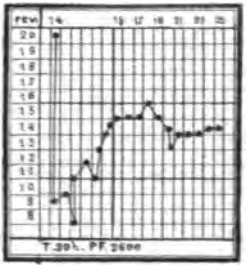


Tableau D.

Les progrès de la dilatation entraînent toujours, d'après nos expériences, une hypertension qui est peu sensible (de 1 à 3 centimètres), tant que l'orifice utérin ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de cinq francs, mais qui devient manifeste quand l'ouverture du col atteint le diamètre d'une paume et surtout lorsque la dilatation est complète : en général, la tension est alors égale à 17-19.

Pendant la période expulsive, l'on remarque toujours dans les accouchements spontanés, et cela d'autant mieux que les contractions sont plus fréquentes et plus soutenues, une ascension de la courbe hypertensive dont le maximum correspond au moment de la sortie de la tête.

Signalons ici que la plupart des mensurations ont été pratiquées, à cette période, dans l'intervalle des douleurs ; le travail musculaire est, en effet, parfois si considérable pendant les contractions ultimes, qu'il est presque impossible d'obtenir des renseignements précis avec le sphygmomètre. On peut toutefois affirmer qu'il se produit alors (de même que sous l'influence de tout effort : Maximovitch et Rieder, 1891 ; Taugl et Zuntz, 1898), une élévation nouvelle de la tension (de 2 à 3 centim. d'après les moyennes obtenues), avec accélération passagère du cœur.

Chez 29 femmes à terme, voici quels sont les chiffres notés pendant l'expulsion : T = 25 dans deux cas ; 22-23 dans huit cas ; de 19 1/2 à 21 dans quinze observations ; de 18 à 19 1/2 dans quatre observations.

Relatons en passant un accouchement *gémellaire* qui s'est effectué

spontanément, à terme, les deux fœtus se présentant par le siège : après avoir atteint successivement 15, 17 et 18 pendant le travail, la tension étant à 22 lors de la sortie du premier fœtus, elle est redescendue ensuite en moins de 10 minutes à 14 1/2, pour s'élever de nouveau, 16 minutes après, jusqu'à 18 pendant la naissance du second enfant (Tableau B).

Chez une autre femme qui a accouché au 8e mois, sans cause pathologique décelable, la tension qui était à 12 au début du travail n'est pas montée au-dessus de 16 jusqu'à l'expulsion.

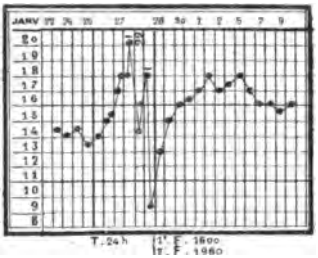


TABLEAU B.

Il résulte donc de l'ensemble de ces faits que l'expulsion spontanée s'accompagne constamment d'une hypertension, voisine en général de 20 à 22 centim. dans les accouchements à terme, tandis que dans les accouchements prématurés, où les phénomènes mécaniques semblent moins intenses, les chiffres observés sont beaucoup moins élevés.

En outre, plus l'évolution du travail est rapide, plus l'hypertension est accentuée. Au contraire, lorsque les douleurs deviennent rares et impuissantes à achever la descente du pôle fœtal engagé dans la filière pelvienne, cette hypertension ne tarde pas à diminuer : dans six cas où l'application du *forceps* a été jugée nécessaire, deux ou trois heures après la fin de la dilatation, la pression artérielle était retombée pendant cet intervalle à 16, 15 et au-dessous. Les chiffres les plus faibles ont existé chez les parturientes auxquelles le chloroforme a été administré, soit pour apaiser l'agitation, soit pour faciliter les manœuvres de l'intervention. Cet anesthésique possède en effet, d'après nos recherches personnelles, une action promptement hypotensive, contrairement à l'opinion émise par Arloing au sujet des effets de l'anesthésie chirurgicale.

3° DÉLIVRANCE. — Aussitôt après l'expulsion, il se produit toujours, en dehors de toute spoliation hémorrhagique, un abaissement brusque de la tension : de 20-22 et davantage, la courbe descend, en moins de 15 minutes à 14, 13 et 12 au minimum. Le chiffre le plus bas a coïncidé, dans toutes nos observations, avec la sortie du placenta.

Lorsque l'utérus revient rapidement sur lui-même et qu'il ne surgit aucune hémorrhagie, la tension remonte, d'ordinaire, en moins de dix heures à 14, 15, mais rarement au-dessus.

Chaque fois qu'une perte de sang succède à l'expulsion fœtale, l'hypotension, dont on conçoit alors aisément la cause, apparaît avec une intensité proportionnée à la gravité de l'hémorrhagie. Dans les 11 cas où nous avons eu à combattre cette complication de la délivrance, le sphygmomètre a marqué trois fois : 10 centim. ; six fois : 9 ; et deux fois : 8. L'emploi des agents thérapeutiques capables de relever la tension (injections d'eau très chaude, caféine, éther, et surtout les injections hypodermiques de sérum artificiel) nous a permis de voir la courbe remonter assez vite vers la normale.

4° Suites de couches. — Le lendemain ou le surlendemain de la délivrance, lorsque tout se passe physiologiquement, l'hypertension est encore la règle. Elle se maintient les jours suivants entre 17 et 19, pour s'abaisser à nouveau après le 3e ou le 6e jour et redevenir définitivement normale vers le 9e. L'examen des 39 tracés recueillis pendant la période *post-partum* nous a montré que la courbe offre presque toujours, dans son ensemble, l'aspect d'un dôme dont le sommet correspond le plus souvent au 4e jour qui suit l'accouchement.

Ajoutons qu'il n'existe, au moment de la montée laiteuse, aucun rapport manifeste entre le degré d'hypertension et la quantité de lait que possède la mère.

II. — **Cas pathologiques.** — Il nous a été permis d'observer également un certain nombre de femmes chez lesquelles la courbe normale de la pression sanguine a été modifiée, d'une façon accidentelle et le plus souvent passagère, soit avant le terme de la grossesse, soit à l'époque des couches, par des complications pathologiques de causes assez diverses.

A. — Dans six cas, ces troubles organiques, d'origine mécanique ou infectieuse, ont provoqué une dépression artérielle plus ou moins considérable suivant leur gravité.

1° Chez une femme éprouvant, depuis le septième mois, tous les symptômes de l'*hydramnios à marche lente*, (douleurs abdominales, rénales et inguinales continuelles, dyspnée, vomissements fréquents, œdème des membres inférieurs, urines rares et albumineuses ; la distension de l'abdomen était énorme dès la fin du huitième mois, époque à laquelle la hauteur de l'utérus atteignait 46 centim). pendant les 39 derniers jours de la gestation, la tension (Tableau C) est demeurée

inférieure à 13, ne dépassant même jamais 11 dans les deux septénaires qui ont précédé l'accouchement. Celui-ci s'est effectué spontanément, à terme, après la rupture de la poche des eaux qui contenait environ 4 litres de liquide amniotique. Les tracés recueillis pendant le travail et les suites de couches ont été analogues à ceux des grossesses normales.

2° Au cours d'une *pneumonie lobaire*, ayant éclaté chez une primipare au huitième mois, les symptômes infectieux, d'intensité moyenne, se sont accompagnés d'une hypotension rapide ; le sphygmomètre, qui accusait 15 avant le début de la maladie, a marqué successivement 13, 12 et au-dessous, en moins de sept jours. Le travail s'est déclaré prématurément le dixième jour et n'a amené qu'une élévation modérée

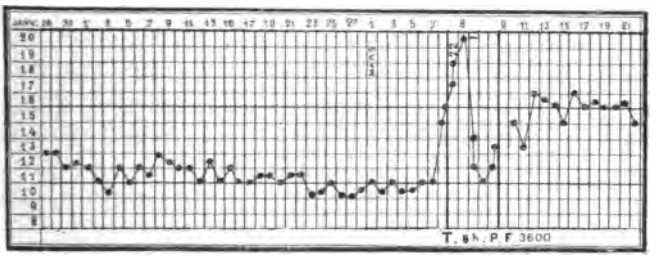


TABLEAU C.

de la courbe : 16 au moment de l'expulsion fœtale. Une détente brusque des phénomènes pulmonaires a eu lieu après l'accouchement, bientôt suivie d'une prompte résolution de la maladie. Ce qu'a, du reste, confirmé l'état de la tension, voisine de 15 centim. dès le second jour des suites de couches.

3° Trois autres faits se rapportent à des femmes arrivées en travail à la Clinique, qui ont été atteintes, deux ou trois jours plus tard, de *grippe à forme pulmonaire*. Deux d'entre elles notamment ont eu, pendant près de dix jours, de la congestion intense des bases, avec crachats hémoptoïques, hyperthermie, pouls fréquent (100-110), troubles gastro-intestinaux, etc... Toutes ont présenté un abaissement notable de la pression artérielle qui est descendue de 16-18 jusqu'au-dessous de 12 en peu de jours, pour se relever assez vite dans le cas bénin et deux semaines après seulement dans les cas les plus graves.

4° Il s'agit, dans l'observation suivante, d'une primipare, hystérique, dont les crises avaient presque complètement cessé depuis le début de

la grossesse et qui n'a présenté rien d'anormal jusqu'au jour de son accouchement, où des phénomènes complexes se sont produits, entraînant à leur suite une *péritonite puerpérale à forme suraiguë*. Le travail a été interrompu avant la dilatation complète par une crise violente d'hystérie durant laquelle la tension s'est élevée jusqu'à 23 pour redescendre à 17 vingt minutes après (Tableau H). L'agitation extrême de cette femme n'a pu être apaisée que par des inhalations prolongées de chloroforme, sous l'influence duquel on a bientôt noté une diminution de 4 centimètres.

Une heure après l'expulsion du fœtus et du placenta, la tension qui était à 14 s'est brusquement abaissée à 11 et a, pour ainsi dire, révélé l'imminence de l'hémorrhagie considérable qu'il a fallu combattre dix

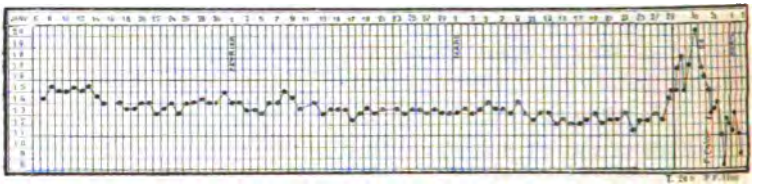


TABLEAU H.

minutes plus tard. L'instrument de Verdin indiquait à ce moment 8 1/2. Grâce aux hémostatiques et surtout à la transfusion hypodermique de 900 c.c. d'eau salée à 7 1/1000, les signes alarmants ont été enrayés et au bout de deux heures on notait de nouveau 12 1/2.

Toutefois cette amélioration n'a été que temporaire et, en moins de vingt-quatre heures, la situation s'est aggravée : tandis que la température est montée à 39°,5, le pouls s'est fixé au-dessus de 130, le ballonnement du ventre est devenu considérable et la malade a accusé tous les symptômes d'une péritonite généralisée qui s'est terminée par la mort avec une rapidité un peu surprenante, en quarante-huit heures.

La tension artérielle s'est installée à 10 1/2 dès le début et a atteint 7 1/2 le matin du deuxième jour, trois heures avant la mort.

On conçoit toute la valeur pronostique de cette hypotension persistante au-dessous de 10 centim. qui, ainsi que nous l'avons constaté dans plusieurs cas analogues, de même que dans la pneumonie, la fièvre typhoïde ou la variole, est l'indice certain d'une issue fatale à brève échéance, en dehors des autres signes cliniques.

5° Signalons, à la suite de ces faits pathologiques caractérisés par la

production de la dépression artérielle, six cas d'*avortement*, survenus du deuxième au cinquième mois de la grossesse. L'hypotension (Tableau E), que l'on retrouve d'une manière constante chez toutes ces femmes, est due à l'influence mécanique de l'hémorrhagie plus ou moins abondante qui précède, accompagne ou suit l'expulsion de l'œuf. Cet abaissement de la tension varie, en général, entre 12 et 10 centim. et persiste en s'accentuant parfois lorsqu'il y a rétention de l'arrière-faix, tant que le décollement du placenta n'est pas complet. Dès que la cavité utérine est entièrement libre, dès que l'hémorrhagie est définitivement enrayée et qu'il ne survient aucune infection secondaire, la courbe tend à se relever les jours suivants (13-14) vers la normale, qu'elle ne regagne le plus souvent qu'après le dixième jour.

TABLEAU E.

B. — Toutes les autres complications pathologiques qui se sont présentées à notre expérimentation ont été marquées, au contraire, par une exagération de la pression artérielle, en rapport avec l'intensité de la toxémie gravidique qui était en cause :

1° Chez trois femmes ayant depuis le septième mois de leur gros-

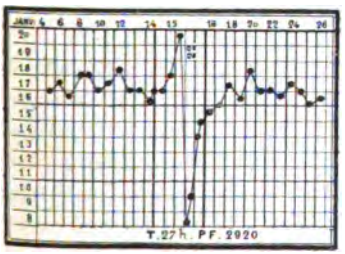


TABLEAU F.

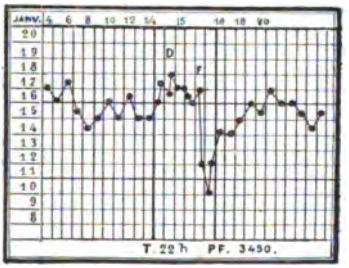


TABLEAU F'.

sesse une *albuminurie* persistante (de 1 à 3 gr. au tube d'Esbach) avec œdème des membres inférieurs et de la face, troubles de la vue, symptômes cardiaques, — bruit de galop dans un cas, — la tension a constamment oscillé entre 17 et 19 (Tableaux F et F') jusqu'au jour de l'accouchement qui a eu lieu à terme. Les courbes du travail et des suites

de couches, au début desquelles la quantité d'albumine a notablement diminué, n'ont présenté aucune particularité.

2° Les trois observations suivantes que nous allons résumer brièvement se rapportent à des *éclamptiques :*

a) Marie L..., 20 ans, primipare, au septième mois ; apportée à la Clinique dans le coma le plus absolu, à la suite de cinq accès d'éclampsie ayant éclaté successivement chez elle.

A son entrée, le sphygmomètre (Tableau G) indique une pression de 17 1/2. La saignée-transfusion amène une amélioration rapide qui persiste pendant vingt-quatre heures. Le surlendemain, nouvel accès : on note, deux heures avant son début, 19 1/2, et pendant la période convulsive 25 centim. Une heure après, abaissement à 18 1/2. Un jour plus tard, au cours d'une autre crise, l'hypertension n'a pas dépassé 22. Une saignée copieuse a provoqué une chute brusque, mais passagère : de 22 à 15 1/2 ; après quoi la courbe est remontée à 17 1/2.

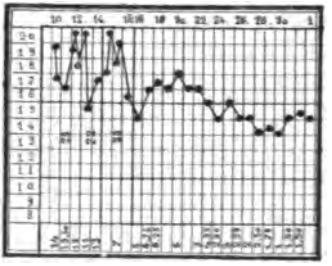


TABLEAU G.

Pendant le travail, qui s'est déclaré au bout de trois jours, nous avons enregistré au moment d'un accès, avant la dilatation complète, le chiffre 23 ; et, cinq heures après, l'expulsion d'un fœtus macéré s'est accompagnée d'un écart moins prononcé (20). A la sortie du placenta la tension est descendue jusqu'à 15 en moins de dix minutes, sans aucune perte de sang notable. Durant le premier septénaire qui a suivi l'accouchement, la courbe s'est maintenue au-dessus de 17-18; puis elle a regagné insensiblement la normale (dix-sept jours après : T. = 15).

b) Rosalie P..., 35 ans, IIpare, au 8e mois. Arrivée dans le service dans un état de stupeur assez prononcé, quelques heures après son accouchement au cours duquel s'était produit un accès éclamptique : La tension était alors à 20 centim. Le lendemain, nouvelle ascension à 18 1/2, annonçant l'imminence d'une crise qui est enrayée grâce à une phlébotomie de 600 gr. Les jours suivants, la disparition des phénomènes alarmants a été définitive ; aussi a-t-on pu suivre la descente

progressive de la courbe qui s'est installée aux environs de 16 dès le dixième jour.

c) Marie-Louise F..., 23 ans, primipare, au 8e mois. Entrée en travail à la Maternité, elle eut avant la période expulsive quatre accès subintrants avec des maxima autour de 23-24. Neuf heures après la naissance d'un enfant mort et macéré, la tension était à 18. Malgré la non-reproduction des crises éclamptiques les phénomènes d'auto-intoxication sont allés en s'aggravant ; l'insuffisance rénale et cardiaque a entraîné l'issue fatale en moins de cinq jours, pendant lesquels la moyenne des chiffres enregistrés s'est maintenue au-dessus de 18. Aux approches de la mort (neuf heures avant), le coma s'est accompagné d'un abaissement de la tension (17) qui est allé en s'accentuant pendant la période agonique. (T. = 15 1/2, six heures avant le décès).

III. — Les résultats de nos recherches cliniques, en dehors du cadre physiologique de la grossesse, concordent pleinement avec les opinions émises par la plupart des auteurs.

L'hypertension liée à l'albuminurie gravidique a été constatée par Ballantyne (1), par MM. Vinay (2), Vaquez et Nobécourt (3), Baranger (4), Saratoff (5), etc., d'une manière constante. Il importe toutefois de faire remarquer que si les courbes de la pression sanguine et de la quantité d'albumine suivent une marche parallèle, ce rapport ne se manifeste que dans les cas où l'albumine s'élève et se maintient d'une façon persistante au-dessus de 1 gr. Lorsque les phénomènes toxémiques tendent à s'aggraver et que l'éclampsie devient imminente, il se produit toujours une augmentation précoce qui, de même que dans l'urémie (6), reconnaît pour cause une excitation vaso-constrictive par auto-intoxication.

Pendant les accès d'éclampsie, cette élévation atteint son maximum (22-25) au cours de la période convulsive pour s'abaisser légèrement entre les crises sans jamais revenir à la normale tant que la disparition des symptômes alarmants n'est pas définitive.

---

(1) BALLANTYNE. *Edinburgh med. J.*, p. 1007, mai 1885.

(2) VINAY. *Maladies de la grossesse*, 1894.

(3) VAQUEZ et NOBÉCOURT. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 29 janv. 1897.

(4) BARANGER. Th. de Paris, 1898, n° 413.

(5) SARATOFF. Th. de Paris, 1898.

(6) VON ZIEMSSEN. LXVIIe réunion des naturalistes et médecins allemands. Lübeck, 16 septembre 1895.

Nos résultats semblent calqués sur les trois faits publiés par Ballantyne et sur les cinq observations de MM. Vaquez et Nobécourt.

Ajoutons qu'il est de règle d'observer un abaissement marqué de la tension chez ces malades pendant la chloroformisation, la saignée et dans la période agonique.

La dépression artérielle qui a été la caractéristique des autres cas pathologiques trouve aussi sa confirmation dans les travaux de M. François Franck (1) qui a si bien mis en lumière les causes multiples de l'hypotension : causes mécaniques, comme dans les hémorrhagies de la délivrance ou de l'avortement, qui diminuent d'une façon plus ou moins notable l'afflux du sang dans le système artériel ; ou bien comme dans l'hydro-amnios, où la compression des veines importantes, telles que la veine porte et les veines caves, détermine la dépression sanguine en emmagasinant une masse considérable de sang en avant de l'obstacle et en diminuant à un degré exagéré l'alimentation cardio-pulmonaire et aortique (François Franck) ; causes toxiques d'ordre infectieux, comme dans la pneumonie, la grippe, la septicémie, où les produits microbiens sont des facteurs d'hypotension d'autant plus puissants qu'ils évoluent sur des organismes surmenés par la puerpéralité.

En ce qui concerne la grossesse normale, nos observations cadrent en partie avec celles qui ont été publiées ; mais elles en diffèrent par quelques points particuliers. Nous avons pu constater, comme les divers auteurs, que l'hypertrophie prétendue du ventricule gauche et la pléthore sanguine de la deuxième moitié de la grossesse n'entraînent jamais l'hypertension ainsi que l'ont pensé à tort Lorain, Mahomed et Macdonald, Blot, Meybourg, Tarnier, etc. La pression reste normale chez les femmes enceintes.

Toutefois, il survient, d'après nos recherches, aux approches du terme, une tendance à l'hypotension d'autant plus manifeste que la courbe a été suivie plus longtemps (depuis le septième ou le huitième mois).

Peut-être est-il permis d'invoquer ici l'influence de l'augmentation considérable de la circulation utérine et la compression des vaisseaux abdominaux par l'utérus gravide, étant donnés les rapports constants qui existent entre le degré d'hypotension et le volume du ventre.

---

(1) FRANÇOIS FRANCK. *Bull. Acad. de méd*, séance du 21 juillet 1896, p. 53.

A l'exception de Lebedeff et Porochjakow (1) qui prétendent que « l'accouchement par lui-même n'a pas d'influence directe sur la pression », tous les auteurs admettent une hypertension progressive pendant le travail. Le surmenage imposé au cœur par les contractions intermittentes et fréquentes de l'utérus, auquel vient s'ajouter le phénomène de l'effort pendant la période expulsive, explique suffisamment l'exagération de la courbe que nous avons rencontrée à ce moment chez toutes les accouchées.

D'après M. Saratoff, Vaquez et Millet (2), « presque aussitôt après la fin du travail, la pression revient à son chiffre normal ». Suivant Baranger, la tension s'abaisse alors pour revenir plus ou moins vite au taux physiologique ; Chapon (3) déclare, au contraire, que « l'évacuation de l'utérus ne diminue pas l'excès de tension qu'avait provoqué le travail ; la courbe demeure stationnaire pendant deux ou trois jours pour regagner ensuite la normale vers le huitième jour » ; enfin Dumas (4) a signalé vaguement l'hypertension des suites de couches.

Aucune de ces assertions n'a trouvé sa confirmation exacte dans nos expériences personnelles : la délivrance paraît caractérisée régulièrement par une hypotension brusque et passagère, qui se manifeste dans tous les cas, en dehors de toute hémorrhagie, depuis l'expulsion fœtale jusqu'à celle du placenta.

Cette dépression artérielle, qui semble n'avoir pas attiré l'attention des observateurs, est soumise, sans doute, à des influences mécaniques et nerveuses qui, comme à la suite des violentes et douloureuses irritations nerveuses, des commotions physiques ou morales, ou des grands traumatismes, provoquent un phénomène d'inhibition résultant de la suspension plus ou moins complète du cœur et de la disparition du tonus artériel.

Enfin, les suites de couches sont constamment accompagnées d'une hypertension sur laquelle nous avons suffisamment insisté et dont la cause principale réside dans la diminution considérable de la circulation utérine.

En résumé, il résulte de nos recherches cliniques que l'étude de

---

(1) LEBEDEFF et POROCHJAKOW. *Œntralbl. für Gyn.*, p. 1, 1er janvier 1884.

(2) VAQUEZ et MILLET. *Presse méd.*, 2 février 1898, p. 61.

(3) CHAPON. Th. de Paris, 1898.

(4) DUMAS. *Arch. de Tocologie*, 1878, p. 385.

la tension artérielle au cours de la puerpéralité présente une valeur importante, non seulement dans la grossesse normale où elle permet de contrôler les multiples variations physiologiques de l'appareil circulatoire, mais encore dans les cas compliqués de phénomènes pathologiques où elle est capable de donner des indications précieuses pour le pronostic et pour le traitement.

— **Pinard.** — Le procédé employé par le professeur Queirel se recommande par sa simplicité et par sa sûreté. L'instrument de Verdin me paraît supérieur à tous les autres.

J'ai fait moi aussi des recherches, restées inédites, sur la tension artérielle des femmes enceintes. Sans connaître les femmes, par la simple constatation de l'hypertension artérielle, j'ai pu toujours faire le diagnostic d'albuminurie. Cette hypertension est en effet de règle chez les albuminuriques.

La constance de l'hypotension chez les femmes dont l'utérus offre un développement exagéré (grossesse gémellaire, hydropisie de l'amnios.) a éveillé l'attention des accoucheurs et je me demande s'il n'y a pas un rapport entre ce fait et la mort subite parfois observée dans ces cas.

Quant à l'hypertension chez les albuminuriques elle me paraît nous montrer le danger que l'on fait courir aux femmes en employant certains moyens thérapeutiques. Les injections d'eau salée peuvent provoquer et provoquent des accidents chez les albuminuriques qui n'ont pas au préalable perdu du sang. J'ai observé dans ces cas, avec des injections ne dépassant pas 500 grammes, des accidents très graves, asphyxiques, convulsifs.

Ces remarques suffisent à vous montrer l'importance des recherches de notre collègue Queirel.

2° Le régime envisagé au point de vue préventif contre un certain nombre d'accidents gravidiques. La pathogénie de ces derniers.

— **Hagapoff** (Constantinople). —

3° Quelques cas d'accès éclamptiques sans albuminurie.

— **Bouffe de Saint-Blaise** (Paris) (1). — Il est habituel de rencontrer des signes prémonitoires de l'auto-intoxication

(1) Résumé de l'auteur.

gravidique aiguë avec accès convulsifs. Le principal et le plus fréquent de ces symptômes est l'albuminurie.

Je publie ici trois observations où ce signe a manqué non seulement avant les attaques, mais aussi après ; et cela est un fait extrêmement rare. Car, dans tous les cas d'accès éclamptiques non précédés d'albuminurie, on est habitué à rencontrer des flots d'albumine dans l'urine recueillie quelque temps après.

Dans la première observation, cas dans lequel la femme mourut, il n'y eut aucun signe prémonitoire, et dans les deux jours qui suivirent les premières attaques il se produisit une légère albuminurie (traces d'albumine) qui disparut avant la mort.

Dans les deux autres cas, les malades, à antécédents hépatiques, montrèrent quelques signes généraux d'intoxication, mais jamais d'albuminurie à aucun moment ; les urines renfermaient des déchets biliaires abondants.

Ces observations montrent une fois de plus que le rôle du rein est secondaire, et que l'analyse de l'urine au point de vue de la réaction albumineuse ne suffit pas pour éviter cette effrayante complication des attaques convulsives. Le régime lacté et le traitement de l'auto-intoxication et de l'hépato-toxémie gravidiques devront être appliqués à la moindre alerte et en particulier chez les femmes qui ont des antécédents hépatiques, celles-ci faisant si facilement, pendant leur grossesse, de l'insuffisance hépatique.

Discussion.

— **Bar.** — Les faits apportés par M. Bouffe sont très intéressants ; je ferai seulement une remarque : à côté de l'albumine banale il y a une albumine spéciale, acéto-soluble, que j'ai étudiée et qui existait peut-être dans les cas de M. Bouffe de Saint-Blaise.

— **Budin** rapproche des faits d'éclampsie sans albuminurie signalés par M. Bouffe ceux qui ont trait à des femmes n'ayant ni albuminurie, ni éclampsie, mais se trouvant dans un état particulier, auquel M. Bar a donné le nom d'éclampsisme.

— **Pinard.** — Les faits rapportés par M. Bouffe de Saint-Blaise prouvent une fois de plus que l'on peut voir survenir des convulsions éclamptiques, suivies ou non de mort, chez des femmes dont l'urine n'a jamais contenu d'albumine avant les accès. Ces faits indéniables prouvent également, au point de vue pathogénique, que le rein

ne joue pas le rôle qu'on lui attribue depuis si longtemps. Aujourd'hui l'on sait que l'organe qui dans tous les cas est malade, c'est le foie ou plutôt la cellule hépatique, d'où le nom d'hépato-toxémie gravidique substitué à celui d'éclampsie, impropre à tous les points de vue. Des femmes peuvent avoir de l'albumine dans les urines sans avoir pour cela de l'hépato-toxémie, et des femmes n'ayant pas d'albumine dans les urines peuvent être en proie à cette intoxication.

Est-il nécessaire, comme l'a fait M. Bar, de recourir à la théorie de Semmola peur expliquer le passage de l'albumine dans l'urine des femmes atteintes de convulsions éclamptiques? Tenons-nous-en aux faits. Les travaux de Gouget ont fait suffisamment la lumière sur ce point.

Au point de vue scientifique les conclusions suivantes s'imposent :

1° Chez les femmes ayant succombé après avoir présenté des accès éclamptiques le foie a toujours présenté des lésions;

2° Si le plus souvent les urines contiennent de l'albumine chez les femmes ayant de l'hépato-toxémie gravidique, exceptionnellement elles peuvent ne pas en contenir.

Au point de vue pratique, *il est toujours et plus que jamais indiqué d'examiner les urines de toutes les femmes enceintes et de soumettre au régime lacté absolu toutes les femmes enceintes albuminuriques.*

Tous nos efforts doivent tendre vers la recherche des symptômes qui peuvent nous faire reconnaître le début de l'hépato-toxémie gravidique : à ce moment seulement la thérapeutique et l'hygiène seront toutes puissantes. Actuellement, en face d'une femme atteinte de convulsions éclamptiques, nous ne faisons que de l'empirisme : la femme guérit ou meurt, non pas suivant qu'on a employé telle ou telle médication, mais suivant que les lésions du foie étaient ou non incompatibles avec la vie.

4° Le traitement de l'éclampsie puerpérale au moyen du veratrum viride.

— **Mangiagalli** (Pavie) (1). — Les nouvelles théories de l'éclampsie ont produit de grands bienfaits au point de vue de la prophylaxie, mais n'ont eu aucune influence sur le traitement lui-même des accès éclamptiques. Le traitement obstétrical est encore le meilleur. Mais il y a une indication précieuse qui nous permet de l'appliquer au moment le plus favorable, quand l'intervention obstétricale est facile et simple.

(1) Résumé de l'auteur,

C'est la médication par le *veratrum viride* que j'emploie depuis quatre ans avec un succès que je puis dire constant. Elle est efficace dans l'éclampsie de la grossesse, du travail et des suites de couches. Sur 18 cas, j'ai obtenu 17 guérisons ; toujours les convulsions ont cessé. Dans un cas, au cours de la même grossesse, trois fois l'éclampsie est reparue. Le cas de mort que j'ai eu s'est produit neuf jours après la cessation des convulsions et n'est peut-être pas dû à l'éclampsie. La préparation que j'emploie est l'extrait fluide préparé par Euba, de Milan. Le *veratrum viride* agit peut-être en abaissant la pression.

5° Traitement de l'éclampsie puerpérale.

— **Porak** (Paris) (1). — L'éclampsie dont le tableau clinique est si caractéristique est encore très obscure dans sa pathogénie.

Les différences que l'on constate déjà dans l'analyse des prodromes, du nombre et de l'intensité des accès, des accidents qui les accompagnent, s'accusent encore davantage dans l'examen des grands appareils, en particulier dans les troubles de la miction et aussi dans les antécédents.

On doit se demander si ces différences s'expliquent par l'action de doses plus ou moins fortes d'un même poison, de la réactivité variable des sujets, ou en réalité par l'action de poisons de natures différentes. Sans pousser très loin ces considérations, n'y a-t-il pas lieu de distinguer les accès éclamptiques qui surgissent dans le cours d'une intoxication aiguë de ceux qui surviennent dans le cours d'une maladie chronique ?

Cette distinction a bien son intérêt au point de vue du pronostic et au point de vue du traitement.

L'éclampsie caractérise un état de mal et non pas l'intoxication qui la produit ; c'est le point le plus culminant d'une intoxication aiguë qui a commencé avant le premier accès et qui persiste après le dernier.

Le danger couru par la malade dans cette forme de l'intoxication aiguë est presque toujours lié aux accès. On pourrait le comparer à l'ivresse qui signale pour l'alcoolisme l'intoxication aiguë, avec cette différence toutefois que l'intoxication de l'éclampsie dure plus longtemps avant et surtout après l'état de mal. Les prodromes et la manie puerpérale prouvent que la maladie n'est pas seulement limitée aux accès. Dans la période qui précède et qui suit les accès, le danger est le plus souvent très atténué.

---

(1) Manuscrit remis par l'auteur à la Rédaction des *Annales*.

L'éclampsie peut encore apparaître dans le cours d'une maladie chronique ou au moins antérieure à la grossesse. On peut alors rapprocher les accidents de ceux de l'urémie qu'on observe aussi bien chez l'homme que chez la femme, et chez la femme aussi bien dans le cours de la grossesse qu'en dehors d'elle. L'accès survenu dans ce cas est semblable à l'accès caractéristique de l'éclampsie. Les attaques sont seulement plus rares ; quelquefois il n'en existe qu'une ; elles sont moins intenses et moins graves par elles-mêmes. Les commémoratifs permettent ordinairement d'établir l'ancienneté de la maladie. Cette maladie ancienne peut d'ailleurs évoluer sans accès éclamptiques. On pourrait comparer cette forme à l'alcoolisme chronique qui s'accompagne rarement ou qui ne s'accompagne jamais d'ivresse.

On peut poursuivre cette comparaison de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique à ces deux formes caractérisées par les accès graves et subintrants de l'éclampsie aiguë ou par les accès rares, peu graves d'une intoxication chronique, dans l'application du pronostic et dans les constatations de l'anatomie pathologique.

Dans la forme aiguë, les lésions macroscopiques sont quelquefois plus congestives, plus hémorrhagiques, mais en somme moins profondes que dans la forme chronique. Elles expliquent mieux la brutalité de la symptomatologie et son caractère transitoire. Les lésions de la forme chronique sont plus profondes; elles concordent avec des symptômes moins violents, mais plus persistants et finalement plus irrémédiablement graves.

Dans le premier et dans le second cas il y a lieu, au point de vue du traitement, de séparer les phénomènes qui appartiennent à l'intoxication et qui indiquent une thérapeutique à longue portée, des crises éclamptiques, accidents aigus qui font courir un risque immédiat et qui exigent une thérapeutique rapide.

On meurt des accès d'éclampsie. C'est seulement ce point que nous traitons. On meurt de l'intoxication qui provoque les accès d'éclampsie, que cette intoxication soit passagère ou qu'elle soit définitive, irrémédiable. Contre l'intoxication, nous ne connaissons rien de mieux que le régime lacté, malgré les difficultés de son administration, malgré ses imperfections.

Ce n'est pas le point qui nous occupera.

L'éclampsie prédispose pendant les couches aux accidents de la septicémie.

La thérapeutique que nous allons préconiser s'adresse à toutes les

intoxications aiguës, même à l'infection septique. Mais dans ce dernier cas je ne suis pas édifié sur son utilité. Je n'en dirai qu'un mot à propos de l'historique.

Dans nos statistiques, il y a lieu de tenir compte de la mortalité qui dépend des crises de l'éclampsie proprement dite, de celle qui appartient soit à l'intoxication de l'éclampsie, soit à la septicémie. Nous donnons une statistique intégrale; mais nous interpréterons les cas, ne retenant que ceux que nous visons.

Depuis 1882, j'ai eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'éclampsie. Au point de vue du traitement que j'ai employé, on peut les diviser en 3 périodes :

La première période va de 1882 à 1891, la seconde de 1891 à fin février 1898, la troisième du commencement de mars 1898 à juillet 1900.

Dans la première période j'employai volontiers les purgatifs, la saignée et les médicaments qui avaient la réputation d'atténuer les réflexes supposés des accès éclamptiques : chloroforme, chloral, et plus rarement morphine.

J'observai pendant ce laps de temps 50 cas d'éclampsie se décomposant comme il suit :

I. — *Eclampsie de la grossesse :*

4 cas, 4 guérisons.

II. — *Eclampsie du travail.*

A. — Avec accouchement spontané :

29 cas ; 9 décès, dont 1 cas de péritonite quatre jours après l'accouchement.

B. — Avec accouchement opératoire (c'était toujours l'application de forceps) :

11 cas ; 5 décès, dont 1 de septicémie huit jours après l'accouchement.

III. — *Eclampsie post-partum :*

6 cas, 2 décès.

Ces 50 cas fournissent donc une mortalité de 16 cas, dont 2 cas attribuables à la septicémie, soit 14 décès ou bien 28 pour 100. J'en conclus que la thérapeutique que j'ai suivie pendant cette période et qu'en particulier la saignée seule sont insuffisantes.

Dans la deuxième période j'ai eu recours aux injections sous-cutanées d'eau salée à 7 pour 1000, à l'hypodermoclyse, suivant la désignation qui lui a été récemment donnée.

Je n'ai pas à insister sur l'historique de cette thérapeutique qui a pris une extension si considérable dans ces derniers temps.

En 1890 je fis ma première injection hypodermique d'eau salée dans un cas d'hémorrhagie puerpérale (*Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 9 octobre 1890, page 269). Il s'agissait d'une femme profondément anémiée par une hémorrhagie consécutive à une insertion vicieuse du placenta.

L'état de cette malade était extrêmement grave. L'indication urgente de pratiquer la transfusion du sang se posait ; mais, d'une part, ce traitement ne m'avait pas donné de résultats satisfaisants ; d'autre part, je ne voulais, sous aucun prétexte, prendre le sang d'un de mes élèves. Je pensai alors que les injections d'eau salée dans le choléra avaient été pratiquées avec succès et, en tout cas, sans danger, par M. Hayem et par ceux qui l'imitèrent dans cette thérapeutique.

L'hypotension vasculaire indiquait si nettement le mécanisme du danger couru par la malade que l'inspiration me vint de pratiquer la transfusion d'eau salée par ponction de la veine basilique gauche.

Je fis cette opération avec une certaine anxiété et, le résultat me paraissant remarquable dès la pénétration de 300 grammes de liquide, je l'interrompis. Ma malade guérit.

Quoique les expériences de Dastre et de Loye (1889) ne fussent pas très encourageantes, leurs prémisses étaient cependant de nature à engager les cliniciens à essayer les injections sous-cutanées d'eau salée; je me décidai à faire des injections intra-veineuses d'eau salée une méthode générale de traitement dans les cas où il y aurait indication à relever la tension sanguine ou à provoquer la diurèse.

Les anémiées par hémorrhagie, les infectées venaient donc tout naturellement à l'esprit. J'instituai ce traitement dans l'infection puerpérale et dans l'éclampsie. Je n'ai pas voulu publier mes tentatives de traitement de l'infection puerpérale parce que mes résultats ne m'ont pas paru satisfaisants. Dans un cas même, par la faute d'un de mes internes, l'injection sous-cutanée faite trop près du trochanter fut suivie d'une eschare; ma malade succomba d'ailleurs aux progrès de la septicémie. Dans ces derniers temps, à la suite de travaux nombreux de physiologie et de clinique sur le lavage, le lessivage du sang, j'ai repris cette thérapeutique ; mais il est difficile d'en établir d'une façon bien incontestable les résultats ; je n'ose pas encore affirmer d'opinion.

J'ai cru tenir une thérapeutique vraiment puissante de l'éclampsie

en pratiquant ces injections d'eau salée; cela a été l'objet d'un mémoire que je fis en collaboration avec un de mes internes, depuis M. le Dr Bernheim (*Société obstétricale de France*, 1893. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1894, p. 207. Thèse de Bernheim, 1894). Nous tombâmes sur une série heureuse de 10 cas, avec 1 seul décès.

Mais l'avenir n'a pas justifié nos espérances.

Voici, en effet, ma statistique intégrale :

J'ai observé 41 cas d'éclampsie de 1891 à fin février 1898; ils se décomposent de la façon suivante :

I. — *Eclampsie de la grossesse:*

9 cas, 4 décès.

II. — *Eclampsie du travail.*

A. — Avec accouchement spontané : 24 cas, 8 décès; dont 1 de péritonite, huit jours après l'accouchement, et 1 cas d'hémorrhagie cérébrale, cinq jours après l'accouchement.

B. — Avec accouchement opératoire :

3 fois, forceps ; — 1 fois, basiotripsie sur un enfant mort ; 1 fois, symphyséotomie et forceps.

5 cas, 0 décès.

III. — *Eclampsie post-partum :*

3 cas, 0 décès.

Le résultat donne donc pour 41 cas, 12 décès ; — 11 si on retranche le décès tardif par péritonite, c'est-à-dire 26,84 p. 100. Le résultat dans cette seconde période est comparable à celui de la première. La saignée dans la première période, pas plus que les injections hypodermiques d'eau salée dans la seconde, ne sont capables, employées seules, d'abaisser notablement la mortalité dans l'éclampsie puerpérale.

J'étais alors surtout dirigé par des idées théoriques.

Considérant l'éclampsie comme une intoxication aggravée sérieusement par l'oligurie ou par l'anurie, je visais la seule indication de rétablir la miction.

On obtient la diurèse par l'hypodermoclyse. Ce n'était pas assez, les éléments du pronostic sont certainement plus complexes.

Nous avons donné au sujet de la diurèse, dans notre mémoire de 1893, des courbes urinaires suffisamment démonstratives ; je ne reviendrai pas sur ces résultats, ils sont évidents.

Lorsque les éclamptiques arrivent à l'hôpital, dans l'immense majorité des cas elles n'urinent pas, elles ne mouillent pas leurs draps et

lorsqu'on les sonde on ne retire qu'une petite quantité d'urine qui présente ces teintes foncées, verdâtres, si connues et si spéciales à l'éclampsie.

A la suite de l'hypodermoclyse, on constate presque toujours que leurs draps sont abondamment mouillés et nous voyons très souvent notée dans nos observations l'apparition de sueurs qu'on dit quelquefois abondantes. L'albuminurie diminue en proportion de l'augmentation de la miction.

Rétablir les fonctions urinaires est certes rationnel et logique, mais les rétablit-on toujours ? Il ne le semble pas.

En second lieu, l'éclampsie étant une intoxication aggravée par l'oligurie, j'ai renoncé absolument à prescrire des substances toxiques telles que le chloroforme, le chloral et la morphine. Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué à cet égard dans notre premier mémoire. L'action toxique du chloroforme a d'ailleurs été discutée un peu partout. On en trouvera le procès peut-être exagéré dans le mémoire de Dührssen.

On ne peut cependant nier que beaucoup d'accoucheurs se sont très bien trouvés de l'emploi de ces substances.

Nous pourrions citer dans quelques observations de notre première période des cas où les accès éclamptiques ont été suspendus à la suite de l'administration du chloroforme.

Ne peuvent-ils pas s'expliquer par des conditions particulières ?

On constate dans l'étiologie de l'éclampsie l'importance des tares névropathiques. Certaines nerveuses sont très disposées aux réflexes éclamptiques. L'intoxication trouve chez elles un terrain bien approprié à l'apparition de l'éclampsie.

Les crises, une fois produites, peuvent devenir à leur tour un élément aggravant de pronostic. Chez ces malades la chloroformisation peut plus facilement que chez d'autres suspendre les crises, et, en suspendant les crises, améliorer la situation; mais si, mettant de côté ces cas particuliers, on envisage d'une façon générale le résultat de la chloroformisation dans le traitement de l'éclampsie on est forcé de reconnaître qu'il est plus que médiocre.

J'ai bien souvent donné du chloroforme aux éclamptiques; je l'ai surtout fait systématiquement et je continue encore à le faire toutes les fois que j'interviens opératoirement et pendant tout le temps que dure l'opération. Je ne me rappelle pas avoir vu la crise éclater lorsque la chloroformisation était profonde; mais je l'ai constatée au début

de la chloroformisation et au moment où la malade sort de la narcose. Donc il faudrait, pour être sûrement utile, que la narcose fût profonde et prolongée. Qui oserait maintenir pendant des heures une éclamptique sous la narcose chloroformique profonde ?

J'ai constaté 1 cas de mort par le chloroforme chez une éclamptique; je donnerai la relation d'un cas où sous la même influence il y a eu suspension des plus inquiétantes de la respiration.

Le danger immédiat de la chloroformisation profonde chez les éclamptiques n'est donc pas douteux; quant au danger éloigné qu'elle occasionne par ce fait que c'est une intoxication qui s'ajoute à une autre intoxication, cela ne paraît pas non plus contestable.

Je me suis donc astreint à ne donner ni chloroforme, ni chloral, ni morphine, au moins dans un but thérapeutique.

Je n'ai recouru à la chloroformisation que lorsque je me décidais à intervenir opératoirement et seulement pendant le temps de l'opération.

Dans cette période de 1891 à 1898, je voulais surtout démontrer la valeur des injections sous-cutanées d'eau salée dans le traitement de l'éclampsie. Contrairement à mes espérances, j'ai obtenu un résultat médiocre puisqu'il donne une mortalité de 26,84 p. 100.

Comment interpréter ces résultats ? J'en vois deux raisons.

Cela peut tenir à la défectuosité des règles que j'ai suivies. Dirigé surtout par des idées théoriques et voulant les démontrer cliniquement, j'ai trié les cas qui se présentaient à mon examen en cas supposés bénins et en cas jugés graves. Pour les premiers on n'ordonnait absolument aucun traitement. Pour les seconds, on pratiquait l'hypodermoclyse. Avant de distinguer les cas sérieux des autres, on perdait du temps et le traitement est probablement venu quelquefois très tard, alors que la maladie ne pouvait plus rétrograder.

Les premiers insuccès me firent bien voir cette erreur, je prescrivis alors à toutes les éclamptiques, dès leur arrivée à l'hôpital, les injections d'eau salée. Quelques décès me démontrèrent que décidément les injections d'eau salée employées seules ne constituaient pas un traitement suffisant. Je les associai alors à la saignée, mais d'abord à contre-cœur, en tâtonnant, d'une façon timide.

Voilà la première raison de notre insuccès.

La seconde est plus sérieuse; l'injection sous-cutanée d'eau salée est peut-être dangereuse. Dastre a bien dit que pour que le lavage du sang réussisse, il est nécessaire que le rein soit intact, afin que ce qui entre dans l'organisme puisse en sortir.

Le rein est-il toujours perméable dans l'éclampsie ? Et comment reconnaître les degrés de cette perméabilité ? Comment les reconnaître rapidement comme il est nécessaire de le faire dans ces cas demandant une thérapeutique rapide ?

Il est certain que la diurèse n'est pas obtenue dans une proportion exactement comparable à l'abondance des injections sous-cutanées. L'eau injectée que devient-elle ? Ne favorise-t-elle pas la production de l'œdème cérébral et de l'œdème pulmonaire ?

Le résultat de nos statistiques semble bien justifier la réalité de ce danger.

Le nombre des femmes qui n'ont pas accouché pendant cette période de 1891 à 1898 est de 9 sur 41 cas, proportion relativement considérable ; 5 femmes ont guéri, 4 sont mortes, donnant par conséquent une proportion approximative de 1 pour 2, moyenne très supérieure à la mortalité générale pour éclampsie.

Cette proportion défavorable est encore rendue plus frappante par comparaison avec ce que nous avons observé dans la première et dans la troisième période réunies.

De 1882 à 1891, nous n'avons eu que 4 femmes n'ayant pas accouché sur 50 ; de 1898 à 1900, que 7 femmes sur 47 ; cela fait 11 cas sur 97, proportion notablement inférieure à celle que nous avons indiquée pour notre période d'observations intermédiaire. Mais, fait remarquable, sur ces 11 femmes, je ne compte aucun décès. C'est d'ailleurs une notion admise que l'éclampsie de la grossesse est moins grave que celle que provoque le travail, et cela paraît plus rationnel.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter des faits cliniques, on oppose toujours *la série* et c'est juste. Mais vraiment en présence de résultats aussi opposés, il y a lieu d'en tenir compte et de chercher quelques explications qui rendent les faits faciles à comprendre.

J'ai été frappé dans les autopsies d'éclamptiques, chez des femmes d'apparence robuste, de constater des tares graves, par exemple l'existence aux poumons de tubercules crétacés, avec ou sans poussée de tubercules récents, avec ou sans poussée congestive, l'existence d'adhérences pleuro-pulmonaires, quelquefois très étendues, presque générales d'un côté, formant même symphyse pulmonaire, et d'emphysème consécutif. La congestion et l'œdème pulmonaire peuvent d'ailleurs se produire sous la dépendance de l'éclampsie, de telle sorte qu'il est difficile d'établir un diagnostic précis de ces différents états chez les éclamptiques, d'autant qu'elles respirent déjà mal. Qu'on injecte une

quantité considérable d'eau à ces femmes et l'œdème aigu des poumons peut précipiter les accidents.

Œdème pulmonaire, œdème cérébral sont des accidents faciles à comprendre à la suite des injections massives sous-cutanées chez des personnes dont les reins fonctionnent mal ou ne fonctionnent pas.

La troisième période court du commencement de mars 1898 à juillet 1900. J'ai observé pendant ce court laps de temps 47 cas d'éclampsie. Ils se décomposent de la façon suivante :

I. — *Éclampsie de la grossesse.*

7 cas, 0 décès.

II. — *Éclampsie du travail.*

A. — Avec accouchement spontané : 15 cas, 2 décès dont l'un survenu six jours après l'accouchement par septicémie.

B. — Avec accouchement opératoire : 12 fois par application de forceps à la dilatation suffisante du col ; — 5 fois par application de forceps consécutivement à l'accouchement forcé par la dilatation digitale progressive (méthode de Bonnaire).

17 cas, 2 décès dont l'un survenu chez une néphritique ancienne ayant présenté de l'endocardite végétante d'origine probablement septique.

III. — *Eclampsie post-partum.*

8 cas, 1 décès.

Sur 47 cas nous comptons 5 décès dont deux sont tardifs. Trois femmes seulement ont succombé à l'éclampsie proprement dite, ce qui donne une proportion de 6,38 p. 100.

Dans cette période nos idées se sont affirmées et notre règle de conduite a été plus décidée. Je suis parti nettement de cette conviction que l'éclampsie est une auto-intoxication d'origine intestinale et que les accès sont souvent provoqués par des excitations périphériques.

Les travaux sur l'éclampsie ont été très nombreux dans ces dernières années. Ils sont très intéressants. Ce n'est pas ici le lieu d'en faire la critique. Je désire être bref.

Ce point de départ étant fixé, il n'y a plus qu'à en déduire les conséquences.

1° L'éclampsie est une intoxication ; cela exclut du traitement toute substance toxique. Je me suis déjà longuement étendu sur l'emploi du chloroforme. J'y reviendrai encore plus tard.

2° L'éclampsie est une intoxication d'origine intestinale. Il faut donc faire l'antisepsie de l'intestin. Le lavage de l'intestin entre dans la thérapeutique des urémies, il s'est progressivement imposé dans mon service, où il s'est substitué aux lavements purgatifs. A l'aide d'une canule rectale d'abord petite, puis d'une autre canule plus longue, on fait de très abondantes irrigations rectales qui s'élèvent à 30. 40, et même parfois 50 litres d'eau tiède, salée à 7 p. 1000, sous une faible pression, à l'aide d'un bock qu'on élève à une hauteur justement suffisante pour assurer la pénétration du liquide. Les irrigations ont été toujours faites dès l'admission de l'éclamptique à l'hôpital.

Le premier effet de ces irrigations est de ramener d'abord des selles ordinairement abondantes, souvent dures et mal digérées, presque constamment horriblement fétides.

Lorsque toutes les selles ont été évacuées, le liquide revient clair. Mais au bout d'un certain temps, il est coloré en jaune par la bile. On dit dans le service qu'il vient un flot de bile. On ne s'y trompe pas. Les draps en sont souvent tachés en jaune. Il n'y a aucune particule solide qui pourrait faire attribuer cette coloration à autre chose qu'à de la bile. Cela ne dure qu'un temps assez court. Cet écoulement de bile disparaît bientôt et le liquide devient de nouveau clair ; on interrompt alors l'entéroclyse.

Cette manière de faire est tellement courante dans le service, elle est tellement dans l'ordre, qu'on n'en a pas signalé les détails dans les observations. C'est dommage, car il serait intéressant de savoir si cet écoulement biliaire est constant et quelle est son importance pronostique.

Au bout de vingt-quatre heures, on renouvelle l'entéroclyse, s'il y a lieu. Des phénomènes analogues se reproduisent, les lavages abondants de l'intestin favorisent d'ailleurs une certaine absorption d'eau salée.

3° L'éclampsie est une intoxication et, à ce titre, elle est justiciable du lavage ou du lessivage du sang.

Ce traitement consiste dans l'action associée de la saignée et de la transfusion d'eau salée.

L'utilité de la saignée repose sur le résultat expérimental avancé par Bouchard et rappelé par Landouzy, à savoir que 50 centigrammes de matières extractives sont rejetés hors de l'organisme par une saignée de 34 grammes, par 250 grammes d'excrétions alvines, par 1,500 grammes

d'urine et par 100 litres de sueurs. Ces chiffres indiquent bien la subordination à établir dans les différents procédés de dépuration organique.

Limité à l'observation clinique, il n'entre pas dans mon plan de rappeler ici les travaux de Dastre et Loye, de Charrin, de Pierre Delbet, de Vaquez, etc. Je ne me suis laissé diriger que par des idées théoriques. En creusant la question, les physiologistes la montrent sous des faces multiples dont la réalisation clinique est difficile. Je n'entrevois pas encore le moment où je me déciderai à transfuser aux éclamptiques des injections d'eau sucrée. Pour être démonstratifs, les procédés cliniques doivent poursuivre pendant longtemps leur expérience et s'appuyer sur des observations nombreuses.

La réalisation en est donc assez difficile, lorsqu'il s'agit d'une maladie rare comme l'éclampsie.

Enlever une partie du poison à l'aide de la saignée, favoriser la diurèse à l'aide des injections sous-cutanées d'eau salée, ne pas soumettre la tension sanguine à des écarts trop considérables par une disproportion trop grande entre la saignée et l'hypodermoclyse, diminuer la proportion pour 100 du poison du sang par l'action simultanée de la saignée et de l'hypodermoclyse, telles sont les idées simples qui ont dirigé ma thérapeutique.

L'action dynamique de l'hypodermoclyse ne me touche pas. C'est pour cela que j'évite de dire injection de sérum et que je garde le terme d'injection d'eau salée. L'action dynamique agit lentement contre l'empoisonnement. Contre l'éclampsie nous ne devons rechercher que les actions rapides. J'ai toujours commencé par la saignée, je l'ai faite abondante, 500 à 700 et même à 800 grammes de sang. Lorsque la femme accouche très vite, j'ai évidemment tenu compte de l'hémorrhagie de la délivrance. J'ai même fait recueillir le sang pour apprécier son importance. Et suivant la quantité de sang perdu, suivant la gravité des crises, j'ai prescrit ou non après l'accouchement une saignée qui s'élevait alors à 400 ou 500 grammes de sang.

Je l'ai fait suivre d'une injection hypodermique d'eau salée à 7 0/00, plus abondante, ordinairement 1 litre, quelquefois 1,200 grammes.

Si les attaques continuaient, suivant l'état général de la malade, suivant l'intensité des crises je prescrivais une nouvelle saignée suivie d'une nouvelle hypodermoclyse ou seulement d'une autre injection d'eau salée.

On trouvera dans le tableau des faits que j'ai observés, les détails de ce traitement.

Je me borne à donner une observation vraiment remarquable au point de vue de l'intensité de l'éclampsie (36 accès), de sa durée (5 jours), de l'importance de la spoliation sanguine (1,400 gr.) et des injections d'eau salée (5,700 grammes).

Obs. I. — Primipare de 16 ans, accouche spontanément à terme. Albuminurie gravidique, aucun prodrome d'éclampsie. Premier accès d'éclampsie quelques minutes avant d'accoucher. Premier jour, jour de l'accouchement, hémorrhagie de la délivrance évaluée à 800 gr. Injection sous-cutanée de 1,000 gr. d'eau salée après le second accès. A minuit elle avait eu 11 accès. Deuxième jour : au 17e accès on fait une saignée de 600 gr. et une injection de 600 gr. d'eau salée ; les accès se répètent avec la même fréquence. Au 23e accès on fait une nouvelle injection de 1,000 gr. Les accès sont suspendus de neuf heures du matin à dix heures du matin le lendemain. Troisième jour, elle n'a eu que 2 accès, à dix heures du matin et à cinq heures du soir. Quatrième jour : trois accès se reproduisent dès le matin à une heure d'intervalle à peu près. On fait une nouvelle injection de 1,000 gr. d'eau salée. trois accès se reproduisent à huit heures du matin ; à deux heures de l'après-midi on fait une injection de 100 gr. Les accès se suspendent de nouveau. Elle présente encore un accès à sept heures du soir. Troisième jour. On lui fait encore une injection de 500 gr. d'eau salée, elle présente encore 4 accès. Ainsi l'éclampsie a duré cinq jours chez cette femme, elle a présenté 36 accès. On évalue à 1,400 gr. le sang qu'elle a perdu et à 5,700 gr. la quantité d'eau qui lui a été injectée sous la peau. Couches normales. Enfant vivant.

Cette observation semble bien démonstrative de l'action du lessivage du sang.

Dès que la première crise éclamptique est déclarée, avant même cette crise, si des prodromes suffisamment caractéristiques permettent de la prévoir d'une façon presque certaine, on commencera le traitement par l'irrigation rectale suivie de la saignée puis de l'hypodermoclyse.

On les renouvellera au bout d'un certain temps, douze heures si les crises persistent, six heures seulement si les crises sont fréquentes et rapprochées, douze heures au contraire si elles s'éloignent. La violence, la fréquence des crises règlent donc l'indication de la répétition du traitement. Il faudra, cela se comprend aisément, tenir compte de la résistance de la malade, de sa vigueur, de son état pléthorique ou anémié pour régler la quantité de sang qui devra être soustraite. On se rendra compte de l'abondance des mictions, de la coloration de l'urine, de l'augmentation ou de la diminution de l'albuminurie pour fixer la quantité d'eau qui sera injectée sous la peau.

L'observation attentive de la malade donne la mesure du traitement. C'est affaire de tact clinique.

On a opposé la méthode de la saignée-transfusion (Bose), qui consiste à faire des saignées modérées de 150 à 450 gr. suivies d'injection

intra-veineuse de 600 à 2,500 gr. d'eau salée, à la méthode de la saignée rectifiée de Barré qui pratique simultanément une saignée abondante et une injection d'égale quantité d'eau salée.

Ayant affaire à une maladie de durée habituellement courte, faisant courir des risques immédiats à la malade, nous avons dû suivre dans la direction de la thérapeutique certaines règles. Ce qui m'a empêché, dès 1890, de tenter l'injection d'eau salée chez les éclamptiques, c'est qu'à ce moment je croyais que l'injection intra-veineuse était très supérieure à l'injection sous-cutanée. Mais l'injection intra-veineuse chez une malade agitée de mouvements violents incoercibles n'est pas une opération prudente. Lorsqu'on fait l'injection sous-cutanée, il nous est arrivé plusieurs fois de laisser des canules brisées sous la peau. On ne peut s'exposer à de pareils mécomptes dans l'injection intra-veineuse. Je crois d'ailleurs que chez les femmes dont on soupçonne le défaut de perméabilité rénale, il vaut mieux que l'injection pénètre lentement dans le sang plutôt que d'y être projetée en masse. On dit que l'eau lavant ainsi les tissus se charge de toxines cellulaires et vient par conséquent altérer le sang Mais n'est-ce pas là une nécessité ? Le sang n'est-il pas l'intermédiaire nécessaire de la dépuration organique ? Qui prouve d'ailleurs que la toxine se produira dans les cellules dans le cours de l'éclampsie ?

Enfin, à une maladie brutale comme l'éclampsie il faut opposer une thérapeutique rapide. J'ai habituellement pratiqué des saignées abondantes, 700 à 800 gr. avant la délivrance, 400 à 500 gr. après, suivies d'injections plus abondantes d'eau salée, voulant, comme je l'ai dit, diminuer la proportion pour 100 du poison contenu dans le sang, en maintenant l'activité des voies d'émonction : miction, transpiration.

4° Quel que soit le mécanisme de la production de l'accès éclamptique, il est certain que souvent il est d'origine réflexe.

Un animal empoisonné par la strychnine ou atteint de tétanos, dans des conditions où cependant l'intoxication ne serait pas assez profonde pour compromettre certainement son existence, succomberait néanmoins si par des excitations extérieures on provoquait la réapparition et le rapprochement des crises. C'est une notion vulgaire en médecine vétérinaire et en physiologie expérimentale qu'on peut sauver les animaux empoisonnés par la strychnine ou atteints de tétanos en les mettant à l'abri de toutes excitations extérieures et de celles de la lumière, en mettant par conséquent ces animaux simplement dans l'obscurité. La répétition

des crises amène l'épuisement et la mort. Il en est de même de l'éclampsie.

La gravité du pronostic se mesure non pas toujours mais souvent au nombre, au rapprochement, à l'intensité des crises. Tout excitant périphérique, la contraction utérine du travail par exemple peuvent les provoquer. La vieille notion classique d'éviter toute excitation extérieure, capable d'éveiller les attaques, doit donc encore aujourd'hui être scrupuleusement observée.

M. Huchard a, cette année même, désigné par une formule heureuse un traitement de l'urémie admis par plusieurs médecins sous le nom de méthode des trois lavages : lavage de l'estomac, lavage de l'intestin, lavage du sang. Nous sommes heureux de trouver un appui aussi sérieux de notre conduite dans la pratique de notre estimé collègue. Nous avons adopté la dénomination de M. Huchard de façon à accuser davantage l'accord où nous sommes, nous avons adopté le lavage de l'intestin, le lavage ou le lessivage du sang, mais, je n'admets pas le lavage de l'estomac.

L'estomac est un des points de départ les plus manifestes des accès éclamptiques, il l'est au même titre que l'utérus. C'est une notion admise par nos collaborateurs de la Maternité et en particulier par Mlle Hénault, que les crises d'éclampsie éclatent au moment où on cherche à écarter les mâchoires des malades pour leur faire boire du lait. L'arrivée même du liquide dans l'estomac a semblé provoquer l'accès. Peut-on à ce propos rappeler la sympathie nerveuse qui existe pendant la grossesse entre l'utérus et l'estomac ? Est-ce une raison pour admettre entre ces organes une analogie au point de vue du réflexe éclamptigène ?

On accorde justement au régime lacté exclusif une action supérieure au point de vue de l'antisepsie intestinale. De là à l'ordonner aux éclamptiques et à l'imposer même, il n'y a qu'un pas. L'avantage de donner du lait aux éclamptiques ne me paraît pas compensé par les risques qu'il fait courir au point de vue de la provocation de la crise.

Je suis donc très catégorique sur ce point.

Il ne faut rien, mais absolument rien faire boire aux éclamptiques pendant toute la durée de l'état de mal.

Pourquoi d'ailleurs leur ingurgiter des liquides ? Pourquoi réaliser par la voie stomacale l'antisepsie du tube digestif ? On obtient cette antisepsie par l'entéroclyse. On donne à l'organisme l'eau nécessaire au transport des toxines cellulaires par le lavage du sang et par l'injec-

tion hypodermique d'eau salée en quantité plus grande que celle du sang soustrait par la saignée ?

L'entéroclyse n'est-elle pas, au même titre que l'administration des boissons par l'estomac, une occasion d'apparition des crises ? Eh bien, non.

Pendant le lavage intestinal, les malades s'agitent. Elles ont des coliques. Elles portent leurs mains à l'abdomen comme pour modérer les douleurs qu'elles ressentent. Mais il n'a pas semblé à mes aides que l'intestin soit un point de départ important des réflexes qui aboutissent à l'accès éclamptique. Il n'est en tous cas pas à ce point de vue comparable à l'estomac.

5° L'utérus est, c'est admis, un *point de départ* important de réflexes éclamptigènes. Cette constatation admise par tous les anciens accoucheurs leur a fait adopter depuis longtemps l'indication formelle de terminer l'accouchement dès que la dilatabilité du col est suffisante pour entreprendre, sans risque pour la mère, l'opération obstétricale indiquée.

Je crois que, sur ce point, l'entente est faite et qu'il est inutile de le justifier.

Mais la question devient plus litigieuse lorsqu'il s'agit de précipiter le travail par les manœuvres de l'accouchement forcé.

Il faut alors apprécier les risques que font courir à la parturiente ces manœuvres et l'utilité qu'on peut obtenir de la terminaison prématurée de l'accouchement.

On doit discuter cette utilité au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant.

Sur nos 138 observations, nous comptons 18 cas d'éclampsie survenus après l'accouchement et 20 cas survenus pendant la grossesse sans que le travail s'en soit suivi.

Restent par conséquent 100 cas.

Voilà une première et très sérieuse objection à l'accouchement forcé.

Les observations recueillies depuis mars 1898 étant prises avec plus de détails que précédemment, je ne vais utiliser pour la suite de cette discussion que les 32 observations de l'éclampsie du travail que l'on trouvera d'ailleurs reproduites dans notre tableau statistique. 15 fois les accès ont continué après l'accouchement. Sur les 17 observations qui restent il y a lieu de retirer deux autres observations où l'éclampsie semblait terminée depuis plus ou moins longtemps avant l'accouchement

et où par conséquent l'accouchement forcé ne pouvait pas être indiqué.

Il n'est pas moins vrai que 15 fois sur 32, les crises éclamptiques ont cessé lorsque le travail était accompli.

C'est un élément de pronostic important dont certes il faut tenir compte, mais qu'il ne faut pas exagérer.

L'avantage très sérieux de la terminaison de l'accouchement n'est-il pas perdu par les manœuvres de l'accouchement forcé.

N'est-ce pas ici le cas de se rappeler le précepte : *Primo non nocere!*

L'accouchement est beaucoup plus facile chez les multipares que chez les primipares. Ne parlons que des primipares.

L'accouchement forcé est possible à l'aide des ballons dès le début du travail, mais on ne peut guère espérer l'obtenir à l'aide de la dilatation digitale graduelle que lorsque le col est déjà effacé et que la dilatation est commencée.

Quelle que soit la méthode employée, nul doute qu'elle n'éveille d'une façon plus ou moins sérieuse les réflexes utérins et provoque les crises. Je préfère donc les méthodes rapides pratiquées sous la narcose poussée à fond.

Nous ne devons pas oublier que l'accouchement forcé a pour conséquences pour ainsi dire nécessaires des déchirures plus ou moins sérieuses du col et, dans le cas où la partie fœtale est élevée, où le vagin est étroit et le plancher périnéal résistant, des déchirures plus ou moins étendues, faisant même communiquer le vagin et le rectum, ou le vagin et la vessie, délabrements par conséquent sérieux dont il faudra prévoir la possibilité.

L'accouchement forcé n'est donc pas une opération qu'on doive considérer comme dépourvue de gravité. Elle prédispose d'une façon assez notable aux suites de couches pathologiques.

Nous sommes intervenu opératoirement chez nos éclamptiques 17 fois et 5 fois après accouchement forcé. Notre statistique fournit deux décès.

Enfin, il est nécessaire de tenir encore compte de l'intérêt de l'enfant.

Dans l'éclampsie, la vie du fœtus est compromise parce que l'accouchement a lieu très souvent avant terme, — parce que l'enfant est moins développé que ne le comporte l'époque de la grossesse, à cause des lésions si fréquemment observées du placenta, — parce que l'intoxication dans l'éclampsie ne frappe pas seulement la mère, mais se transmet certainement à l'enfant, — parce que la crise elle-même compromet la circulation utéro-placentaire.

pas établir un rapport formel entre le pronostic
ostic pour l'enfant. Combien de fois voit-on des en-
s les premiers accès d'éclampsie dont guérira la mère
d'enfants sauvés alors que la mère succombera ?
sques courus par l'enfant sont d'une façon générale
durée, au rapprochement et à l'intensité des crises.
e est arrivée près du terme, que l'enfant vit, que le
s effacé, que le travail tarde, l'indication de l'accou-
ose rationnellement et on doit le tenter. C'est en
courus par la mère, l'intérêt de l'enfant, l'utilité
u travail, qu'on décide des indications de l'inter-

t ces contre-indications sont donc assez délicates à

t, l'accouchement forcé provoque des accès éclamp-
application de forceps à la vulve évoque les réflexes
a donc intérêt de n'entreprendre ces manœuvres
s avoir éteint la sensibilité de tous les réflexes par
nde. Nonobstant les objections que j'ai faites à
orme, je pense que dans cette occurrence il faut y
son emploi à fond.

ncipes que j'ai adoptés dans ma thérapeutique de

plicable avant les accès, dès que des prodromes font
rition. Dans deux cas où les prodromes étaient assez
minuriques, j'ai eu la satisfaction de ne point voir
l.
its à titre d'indication, car les prodromes sont d'une
délicate pour être contestés.
s pourraient n'entraîner aucune conviction, nous
ne pas la relation. Notre thérapeutique est encore
les suites de couches ; mes résultats ne sont pas assez
que je me croie en droit d'en tirer actuellement la
n.
s un tableau l'histoire synoptique des faits que j'ai
mois de mars 1898 jusqu'à juillet 1900. Pour ne
émoire une étendue trop considérable je me bornerai
é des observations des cas suivis de décès.

Obs. I. — Néphrite probablement ancienne ayant vraisemblablement occasionné l'interruption des sept grossesses précédentes. Albuminurie constatée dès le début de la huitième. Au cours du quatrième mois de cette grossesse, quatre accès d'éclampsie ; après le quatrième, saignée 700 grammes, injection sous-cutanée de 1,400 grammes d'eau salée. Suspension des accès, avortement deux jours après, mort 6 jours plus tard de lientérie. A l'autopsie, néphrite aiguë greffée sur une néphrite chronique, endocardite végétante probablement de nature septique.

Obs. II. — Accès très nombreux d'éclampsie ayant persisté malgré une saignée de 500 grammes, une injection d'eau salée de 1,200 grammes, l'accouchement de l'enfant se présentant en O. I. G. A., à l'aide d'une application de forceps. Enfant vivant ; poids 2,900 grammes. Mort de la parturiente une heure après la délivrance. Pas d'autopsie.

Obs. III. — Accès très nombreux d'éclampsie survenant chez une femme probablement enceinte de 6 mois et demi. Saignée de 350 grammes. Injection de 850 grammes de sérum. Extraction d'un enfant mort présentant le siège. Délivrance naturelle complète. Mort de la femme onze heures et demie après l'accouchement. Pas d'autopsie.

Obs. IV. — Primipare, accouchant au commencement du huitième mois. Albuminurie gravidique ; prodromes assez sérieux d'éclampsie. Accouchement normal, enfant vivant, 2,100 gr. Accès très nombreux et répétés débutant quatre heures après l'accouchement. Saignée de 300 grammes trois heures après le premier accès. Injection intra-veineuse de 1,000 grammes et injection sous-cutanée de 200 grammes d'eau salée. Continuation des accès. Nouvelle injection salée sous-cutanée cinq heures après les précédentes. Mort de la parturiente 15 heures après l'accouchement. Autopsie. Néphrite épithéliale. Hémorrhagies hépatiques.

Obs. V. — Primipare jeune, probablement au 7e mois de la grossesse, sans albuminurie, ni prodromes d'éclampsie. Après le septième accès, saignée de 500 gr. Injection d'eau salée, 1,200 gr. Les accès continuent très rapprochés. Au 29e accès, huit heures après le début des accès, alors que le col effacé n'avait que 2 à 3 centim., dilatation digitale du col et application de forceps sur le fœtus en O. I. D. P. Enfant vivant. Les accès continuent. Après le 30e, dès l'accouchement terminé, injection sous-cutanée de 1,000 gr. d'eau salée. Mort de la femme dix-sept heures après l'accouchement. Elle venait alors de subir son 55e accès.

Pourra-t-on m'objecter, comme on l'a d'ailleurs fait justement à propos de mon premier mémoire, que je suis tombé sur une série ? Ma dernière observation est un cas de mort.

J'ai fermé ma statistique au 15 juin et actuellement, au 15 juillet, aucun nouveau cas d'éclampsie ne s'est présenté à l'hôpital. Je termine donc ce travail en disant : Ceci est une œuvre de bonne foi.

6° Traitement de l'éclampsie.

— **B. Stroganoff** (Saint-Pétersbourg) (1). — 1° Après le premier accès d'éclampsie, des narcotiques doivent être ordonnés d'une façon prophy-

(1) Résumé de l'auteur.

lactique pendant douze à quarante-huit heures, selon la gravité du cas, l'éclampsie étant une maladie infectieuse aiguë dont la durée moyenne ne dépasse pas quarante-huit heures.

2° Les meilleurs résultats sont obtenus par l'association de la morphine au chloral.

3° On doit surtout faire attention à la fonction régulière de l'appareil respiratoire (soins généraux, position de la malade, oxygène, ventouses sèches) et du cœur (surtout par l'introduction du sérum artificiel *per rectum*, ou, si cela est possible, *per os;* digitale).

4° Éloigner de la malade tout ce qui peut l'irriter (causes physiques, chimiques, mécaniques, psychiques, etc., etc.).

5° Accélérer l'accouchement par des interventions opératoires, quand cela ne présente aucun danger sérieux, ni pour la mère ni pour l'enfant.

En appliquant d'une façon systématique ces principes pendant trois ans, surtout dans les cas graves et de moyenne intensité, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Sur 92 cas d'éclampsie nous avons eu 5 morts.

La première de ces malades est morte quatre heures après son entrée à l'Institut. Elle était déjà mourante au moment du transport.

La deuxième est morte d'une pneumonie trois jours après la disparition des accès éclamptiques.

La troisième mourut d'une septicémie vingt-sept jours après la disparition des accès éclamptiques.

La quatrième est entrée à l'hôpital avec un œdème pulmonaire, ayant déjà eu chez elle 8 accès d'éclampsie.

La cinquième, admise à l'hôpital avec des accès d'une grave éclampsie, avait subi, il y a quatre ans, une opération de l'hystéropexie abdominale; elle a eu une hémorrhagie très grave *post-partum* et est morte quatre jours après la disparition des accès.

Ainsi sur 92 cas, deux fois la mort a été exclusivement le résultat des maladies accidentelles et trois fois elle a été la conséquence d'un état très grave dans lequel les malades se trouvaient à leur entrée.

2° Le nombre des accès diminue notablement sous l'influence de ce traitement.

3° Ce traitement a aussi une influence favorable sur l'évolution de l'accouchement et sur la mortalité des enfants.

— **La Torre** (Rome). — J'emploie l'évacuation de l'intestin, la suda-

tion cutanée, la saignée et la morphine jusqu'à 0 gr. 10 par 24 heures; quand le travail est commencé, je facilite l'accouchement.

— **De Mattos** (Lisbonne) préconise surtout la saignée afin de diminuer l'hypertension artérielle.

— **Ter Gregoriantz** (Tiflis). — L'éclampsie est due à un empoisonnement de l'organisme suite d'insuffisance rénale et d'élimination insuffisante d'urée. Le seul traitement rationnel est de soutenir les forces de la malade et de la débarrasser des substances toxiques.

Samedi 4 août. Séance de l'après-midi.

Présidence de M. VEIT (Leyde).

1° Modifications apportées au forceps (forceps Vlaïcos).

— **Vlaïcos** (Constantinople). — 1° Mensurateur adapté à l'extrémité des manches; ses divisions correspondent à la grandeur du plus grand diamètre de la courbure céphalique du forceps et permettent à tout moment de constater si la prise est régulière ou non.

2° Traction. Disposition permettant la traction selon la direction normale sans tracteur particulier.

2° Forceps à branches parallèles.

— **Perret** (Paris) présente son instrument.

— **Demelin** (Paris). — En avril 1899 j'ai présenté à la Société obstétricale de France un forceps à branches non croisées capable de donner une prise solide, convergeant vers la partie fœtale et muni d'un tracteur genre Tarnier, mais plus mobile encore. M. Perret m'a donc suivi dans la voie où je m'étais engagé.

3° Un nouvel écarteur-dilatateur utérin.

— **Raineri** (Vercelli) présente l'instrument.

4° De l'emploi de serre-fines spéciales pour réparer les déchirures du périnée après l'accouchement.

— **Boissard** (Paris).

5° Une nouvelle bougie parfaitement stérilisable pour la provocation de l'accouchement prématuré aseptique.

— **Knapp** (Prague).

6° Note sur un cas d'hémorrhagie par décollement prématuré des membranes au cours du troisième mois de la grossesse.

— **Ad. Olivier** (Paris). — Diagnostic erroné de grossesse extra-utérine rompue. — Laparotomie négative. — Persistance de la grossesse. — Accouchement à huit mois d'un enfant vivant et bien développé.

— **Budin**. — Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation c'est l'accumulation d'une grande quantité de sang dans l'utérus. Cette distension utérine se voit également dans l'hydramnios aigu. Dans les cas où la grossesse continue jusqu'au terme on éprouve souvent au moment de la délivrance des difficultés provenant de l'adhérence des membranes.

— **Veit** (Leyde). — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est souvent difficile. La palpation des ligaments ronds et recto-utérins peut servir comme moyen diagnostique de certitude.

7° Contribution aux opérations sur l'utérus et sur la vessie dans la grossesse.

— **A. Spinelli** (Naples) (1). — Une femme, après seize mois de mariage stérile, consulta un accoucheur qui diagnostiqua *allongement hypertrophique du col* et lui conseilla l'*amputation*. Mais le conseil ne fut pas suivi, et deux mois après elle devint enceinte. Au 4e mois elle fut atteinte soudainement de symptômes de péritonite. A l'observation on trouva une grande tumeur à l'hypogastre, l'utérus de volume exagéré, en rétroversion-flexion et développement intrapelvique. On procéda à la laparotomie et à l'ablation de la tumeur qui était un fibro-myôme de la paroi antéro-latérale de l'utérus avec développement subséreux et intraligamentaire. Pendant l'opération, pour l'hémostase, on employa le lacs élastique qui resta en place presque une demi-heure. Ligatures et sutures. Suites opératoires régulières. Au 4e jour, avortement de

(1) Traduction officielle du résumé de l'auteur.

deux petits fœtus vivants. Rien d'anormal aux placentas. Suites de couches physiologiques.

Ensuite règles normales, de légers troubles de la vessie (ténesme, urine avec dépôts et quelquefois sanglante). Au mois de mai 1899, dernières règles : avec les symptômes de grossesse augmentèrent les troubles de la vessie. En septembre, au 4e mois de grossesse, après examen de la vessie, on remarqua un grand calcul. La femme, qui désire ardemment des enfants, refusa l'opération dans la crainte d'un avortement : mais ensuite, comme ses souffrances étaient intolérables, elle se soumit à l'opération de la pierre que j'ai exécutée *per vaginam*. Je trouve deux grands calculs fixés par un pédicule à la paroi de la vessie et le bas-fond de la même incrusté de sels.

Les calculs furent extraits par débris : ils étaient développés autour des fils de soie éliminés dans la vessie. L'incrustation fut raclée avec la curette. Suture *per primam* de la plaie.

Durée de l'opération, plus d'une heure. Anesthésie chloroformique. Suites opératoires régulières ; défaut de réaction utérine ; pendant vingt-quatre heures les mouvements fœtaux ont cependant manqué : les pulsations étaient bien sensibtes. Accouchement à terme.

Dans cette histoire singulière, et que je crois unique, il faut noter les faits suivants :

1° Développement très rapide d'un fibro-myome de 3 k. et demi, qui deux mois avant la grossesse avait échappé à l'observation d'un accoucheur.

2° L'opération conservatrice et l'avortement consécutif. Il semble qu'on doive, plus qu'à la constriction de la ligature élastique, attribuer l'avortement à la présence de ligatures et de sutures sur l'utérus ; en effet, on n'a pas remarqué de foyers hémorrhagiques sur les placentas, et les petits fœtus sont nés vivants.

3° L'élimination des sutures dans la vessie et la formation de gros calculs démontrent le danger de laisser des ligatures ou des sutures de soie près de la vessie.

4° Le défaut de réaction utérine après la longue et difficile opération du calcul, et la tolérance du fœtus pour le chloroforme (plus d'une heure de sommeil chloroformique) démontrent que pendant la grossesse on peut achever de graves opérations, même à proximité immédiate de l'utérus, sans danger pour la grossesse.

Lundi 6 août, matin.

Présidence de DRAGHIESCU (Bucharest.)

Le Président déclare ouverte la discussion sur la deuxième question à l'ordre du jour :

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Rapporteurs: CHAMPNEYS (1), RIBEMONT-DESSAIGNES, SCHULTZE.

1° Rapport de Ribemont-Dessaignes (2).

Pendant le travail, l'enfant peut souffrir sous l'influence de causes nombreuses que nous n'avons pas à examiner ; ainsi à sa naissance peut-il se présenter avec l'aspect suivant qui caractérise la mort apparente : absence de cris, membres flasques, résolution musculaire complète, mais persistance des battements du cœur, parfois très faibles et très espacés. Tantôt sa surface cutanée est bleuâtre, violacée, presque noirâtre ; sa face est tuméfiée ; les globes oculaires sont saillants et les conjonctives congestionnées : c'est l'*asphyxie* bleue. Tantôt, au contraire, la peau est blanche, pâle, décolorée ; les muqueuses sont également blanchâtres ; les battements du cœur sont imperceptibles : c'est ce qu'on a appelé à tort l'asphyxie blanche, c'est *l'état syncopal.*

Enfin dans certains cas on se trouve en présence de formes mixtes les caractères ne sont pas suffisamment tranchés pour que l'on puisse appliquer l'étiquette d'asphyxie ou d'état syncopal.

C'est en nous appuyant sur cet exposé clinique que nous allons pouvoir établir la conduite à tenir dans ces différents cas.

Dans la pratique, la forme asphyxique est la plus fréquente ; due à l'obstruction des voies aériennes par des mucosités ou du liquide amniotique chargé de méconium, il sera donc nécessaire : 1° de désobstruer les voies respiratoires ; 2° de faciliter l'entrée de l'air dans

(1) M. CHAMPNEYS étant absent, son rapport n'a pas été lu.

(2) Résumé de l'auteur.

les poumons pour rétablir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Très souvent les mucosités n'occupent que l'arrière-bouche ; aussi un simple écouvillonnage, fait avec le doigt entouré d'un linge, suffit à les enlever et à provoquer la première inspiration.

Les frictions cutanées simples ou avec de l'alcool, de l'éther, du cognac, de l'eau de Cologne, les bains chauds, les bains sinapisés, les bains alternativement chauds et froids, font de la révulsion cutanée qui est souvent le point de départ d'un réflexe se terminant par des mouvements respiratoires.

C'est sur le même principe physiologique qu'a été instituée l'excitation des muqueuses pituitaire, buccale et pharyngienne ; la méthode des tractions rythmées de la langue, que le Dr Laborde a fait connaître en 1892, a pour but de faire naître le réflexe respiratoire.

Très fréquemment les procédés cités plus haut ne suffisent pas ; il faut avoir recours à la respiration artificielle. Nombreux sont les moyens dont le but est de faire pénétrer de l'air dans l'arbre aérien : insufflation de bouche à bouche, procédé de Sylvester, procédé de Schultze, procédé de Rivière.

Ces moyens ne remplissent qu'une des deux indications que nous avons posées dès le début : 1° désobstruer les voies aériennes ; 2° faciliter l'entrée de l'air. C'est en nous inspirant de ces indications que nous avons considéré l'insufflation comme la méthode de choix. L'étude approfondie de ce sujet nous a conduit aux données suivantes qui nous ont dirigé dans la construction de l'instrument qui porte notre nom :

1° l'insufflation doit être instrumentale ;

2° l'appareil employé doit permettre d'aspirer les mucosités ;

3° il ne doit porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

L'insufflation instrumentale date du siècle dernier ; mais Chaussier est le premier qui ait fait construire un tube pénétrant directement dans le larynx. Cet instrument fut modifié plus tard par Depaul, puis par Pinard. Mais ce tube présentait encore de nombreux inconvénients : il est difficile à introduire dans le larynx, il se déplace aisément, il ne s'oppose pas au reflux de l'air et n'indique pas à chaque instant s'il n'a pas quitté le larynx pour pénétrer dans l'œsophage.

Pour remédier à ces défauts, nous avons pensé que le tube devait être construit sur des bases anatomiques précises ; aussi avons-nous

étudié avec soin, sur des coupes de nouveau-nés congelés, d'une part la courbe bucco-laryngée, et d'autre part le calibre et la forme de l'intérieur du larynx. Les résultats obtenus nous ont permis de faire construire un tube composé de deux parties. La première est formée d'une portion conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc de 28 centimètres cubes de capacité et dont le fond est percé d'un trou. Elle est continuée du côté de la base par une autre portion, conique également ; au point de réunion existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

La partie bucco-laryngienne est constituée par une portion buccale cylindrique ; elle présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La portion laryngienne a la forme d'un cône très court, aplati sur les côtés, et séparé d'un bouton terminal par un étranglement circulaire sur le contour duquel, en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Lorsque l'insufflateur est construit rigoureusement sur le modèle que nous avons déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale ;

2° sa courbe assure son maintien dans les voies respiratoires ;

3° il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx ;

4° il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques ;

5° on se rend compte de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage ;

6° la poire en caoutchouc n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre en raison directe de leur capacité, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires si fragiles à la naissance.

2° Rapport de Schultze (1) (Iéna).

L'asphyxie des nouveau-nés, au moment de la naissance, est le résultat d'une entrave à la respiration placentaire au cours de l'accouchement.

(1) Traduction officielle du résumé de l'auteur.

Paul Cazeaux est le premier qui émit cette opinion en opposition avec d'autres doctrines ayant prévalu autrefois. — Il dit (en 1850): « Dans tous les cas l'asphyxie des nouveau-nés est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire. »

L'asphyxie des nouveau-nés est donc une sorte d'étouffement, — étouffement dont l'action peut être interrompue et qui n'entraîne pas absolument après lui la mort.

Le traitement consiste à mettre en mouvement le plus tôt possible la respiration pulmonaire. J'insiste sur les mots « le plus tôt possible ». Déjà, en 1812, Legallois avait constaté — fait important — que plus un organisme est jeune, mieux il peut — sans mourir — se passer de respiration. Chez beaucoup d'enfants, nés en état de mort apparente, la limite au delà de laquelle le pouvoir respiratoire serait perdu pour eux est bien près d'être atteinte, et, tant que la circulation se continue, le sang devient de plus en plus pauvre en oxygène.

L'état veineux du sang — stimulant normal de la respiration — est, chez l'enfant né en état d'asphyxie, déjà fort au-dessus de la normale: il ne provoque plus le réflexe médullaire.

La moelle peut encore réagir sous l'influence d'autres irritations. Un des meilleurs stimulants est, par exemple, l'effet du froid sur la peau ; une immersion passagère, jusqu'au cou, dans l'eau froide, donne un résultat plus heureux, parce qu'il est plus rapide, que les tractions rythmées de la langue dont on a parlé récemment (Laborde).

Quand l'asphyxie a atteint un degré encore plus marqué, la moelle de l'enfant ne réagit plus. Alors, il faut que nous fassions tout notre possible pour rétablir l'excitabilité de la moelle. Nous n'obtiendrons ce résultat qu'en amenant vers la moelle du sang riche en oxygène, — et nous ne pouvons l'y amener que par la voie de la circulation. — Le but à atteindre est donc de rétablir les échanges pulmonaires et de mettre en mouvement le sang dans les vaisseaux.

Par l'insufflation de l'air on a amené beaucoup d'enfants, nés en état d'asphyxie, à respirer régulièrement. En effet, après la première ou la deuxième inspiration, les battements du cœur s'accélèrent un peu ; mais si l'asphyxie est très profonde, le cœur bientôt s'arrête. L'inspiration de l'air augmente la pression des gaz au dedans du thorax autant que les pressions sur la poitrine avec la main pour imiter l'expiration. Mais ce procédé n'active pas la circulation du sang.

Les meilleurs procédés sont ceux qui, agissant directement sur la

paroi thoracique, provoquent à l'intérieur de la cage thoracique des variations notables et régulières de la pression atmosphérique.

La méthode de Marshall-Hall réussit peu chez le nouveau-né dont le thorax possède son équilibre élastique dans la position d'expiration. Très efficace est le procédé de Sylvester. Mon procédé de balancement de l'enfant (*Schwingen*) amène de plus grandes variations de la pression atmosphérique à l'intérieur du thorax (25 centimètres cubes d'air traversaient par chaque aspiration les poumons lors de mes expériences sur des enfants mort-nés). Par de telles variations, on met immédiatement en mouvement — et énergiquement — les mouvements de pompe du cœur. On rétablit la différence de la tension entre la colonne de sang artériel et celle de sang veineux, et on met ainsi en mouvement la circulation capillaire. De cette façon on transporte le plus rapidement possible du sang artériel vers la moelle ; celle-ci retrouve son excitabilité et devient capable d'obéir au besoin de respirer.

En peu de mots voici ma règle de conduite dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés :

1. Si l'enfant est d'un rouge-bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, laissez-le en communication avec le cordon ombilical tant que vous y percevrez des battements. Enlevez de sa bouche les mucosités qu'il a pu aspirer, — excitez ses réflexes cutanés. S'il ne réagit pas immédiatement, coupez le cordon ombilical, plongez rapidement et très peu de temps l'enfant dans de l'eau bien froide, puis mettez-le dans un bain chaud. Répétez ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

2. Si le corps de l'enfant a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre immédiatement après la mort, ne comptez pas obtenir quoi que ce soit par l'excitation des réflexes, car vous perdrez par là un temps précieux. Sectionnez de suite le cordon ombilical, enlevez toutes les mucosités qui peuvent éventuellement se trouver dans la bouche et dans le pharynx, en avançant et en pressant la base de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis soumettez l'enfant à la respiration artificielle, soit par la méthode de Sylvester, soit par la mienne en balançant l'enfant. Commencez par un branle d'expiration prolongé. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à la position d'inspiration huit ou dix fois dans une minute, plongez-le dans un bain chaud

et observez-le : vous verrez que les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, que la peau rougit, que la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps vous n'avez pas réussi, recommencez à balancer l'enfant après le bain. Le mouvement d'expiration cause ordinairement la première inspiration spontanée ; puis on met l'enfant tout de suite dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, plongez l'enfant dans l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite ; il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant à l'excitation des réflexes.

Ne considérez jamais un enfant né en état d'asphyxie comme ranimé complètement avant qu'il ne crie avec continuité et bruyamment.

Discussion.

— **Audebert** (Toulouse). — M. Richet a établi que les jeunes animaux artificiellement refroidis résistaient à l'asphyxie plus longtemps que les témoins et que le rappel à la vie pouvait être obtenu chez eux après une période asphyxique beaucoup plus longue.

Ayant fait l'essai de l'enveloppement froid chez les nouveau-nés, Audebert croit qu'appliqué systématiquement aux nouveau-nés menacés d'asphyxie ou en état d'asphyxie, ce traitement, en reculant le moment de la mort, donnera aux moyens thérapeutiques véritablement efficaces le temps d'agir utilement.

— **Lepage** (Paris) — rapporte 36 observations détaillées de mort apparente du nouveau-né recueillies à la Clinique Baudelocque. Elles se répartissent en 4 groupes : 1° 17 observations dans lesquelles le fœtus en état de mort apparente a été ranimé par des moyens révulsifs ou par la désobstruction des voies respiratoires avec le doigt ou à l'aide de l'insufflation de Ribemont ;

2° 11 observations dans lesquelles, grâce à l'insufflation, on a pu faire revivre pour quelques heures des enfants nés en état de mort apparente et qui en réalité étaient blessés à mort ou présentaient des lésions congénitales incompatibles avec la vie ;

3° 3 observations où, malgré l'insufflation et les tractions rythmées de la langue, les enfants n'ont pu être ranimés ;

4° 4 observations dans lesquelles les fœtus ont été ramenés à la vie d'une façon certaine et durable par l'insufflation ;

Il y a lieu de séparer les cas de mort apparente, dans lesquels l'enfant peut être ranimé d'une façon définitive, des cas de vie appa-

rente, dans lesquels il n'est ranimé que pour quelques heures et succombe.

Au point de vue prophylactique l'accoucheur peut jouer un rôle par ses interventions (compression du cordon, abandon des applications de forceps traumatisantes dans le rétrécissement du bassin).

Au point de vue thérapeutique le procédé de choix est l'intubation avec le tube de Ribemont.

— **Rapin** (Lausanne). — Depuis trente ans j'emploie le procédé de Schultze et je ne lui reconnais que de grands avantages. Peut-être expose-t-il les enfants au refroidissement ; mais si la réfrigération est utile, comme le pense Audebert, cet inconvénient deviendrait un nouvel avantage.

— **Wallich** (Paris). — De recherches anatomiques faites à la Clinique Baudelocque, Wallich conclut que la majorité des enfants qui succombent au cours du travail présentent, à l'autopsie, des hémorrhagies cérébrales, méningées ou viscérales, ou des congestions intenses allant jusqu'à l'ecchymose sur les différentes séreuses viscérales. Il n'est pas irrationnel de soupçonner des lésions plus ou moins analogues chez les nouveau-nés en état de mort apparente. Il faudra donc s'abstenir de toute manœuvre violente. L'état de choc de ces nouveau-nés est tel qu'une excitation un peu énergique peut les faire mourir brusquement.

Je tiens également à signaler la facilité avec laquelle, en employant l'instrument de M. Ribemont muni de sa poire, on peut, si l'on n'y prend garde, produire la rupture de vésicules pulmonaires. Ce fait tient à ce que, sans laisser le temps à l'expiration de se faire, on envoie une nouvelle colonne d'air dans les poumons.

— **Strassmann** (Berlin). — Le moyen le meilleur pour se rendre compte de la valeur des méthodes préconisées pour ranimer les enfants nés en état de mort apparente est de contrôler ces dernières avec un manomètre relié à la trachée par une canule. On voit ainsi que les résultats de beaucoup les meilleurs sont fournis par la méthode de Schultze, puis par celle de Sylvester, etc.

Ce n'est que dans un petit nombre de cas que ces méthodes ne seront pas appropriées. Ce sont ceux où les muscles de la respiration seront insuffisamment développés (prématurés, jumeaux). Il faudra alors recourir à l'insufflation dont les résultats seront variables suivant les cas. Il m'a été possible une fois de maintenir en vie pendant une heure un enfant chez lequel s'était produit, au cours d'une extrac-

tion dans un bassin vicié, une fracture de la partie cervicale de la colonne vertébrale, fracture qui avait supprimé l'innervation des muscles respiratoires.

La langue possède une action réflexe sur l'excitabilité du centre de la respiration (expériences de Laborde durant la chloroformisation). Il en est de même pour l'anus. Il y a des chances pour qu'un enfant en état de mort apparente dont l'anus est largement béant ne puisse pas être ranimé.

On voit réagir des personnes profondément endormies par le chloroforme, à une excitation produite au niveau du périnée et de l'anus et il se produit alors un bruit inspiratoire particulier dû à la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens.

Quand les réflexes sont conservés, peu importe le moyen auquel on a recours pour ranimer l'enfant. Parmi les enfants rappelés à la vie, tous ne sont pas en état de mort apparente. Souvent il ne s'agit, par exemple dans les cas d'extraction difficile par le forceps, que de symptômes de compression cérébrale. Dans ces cas il faut éviter tout mouvement brusque (balancement, etc.).

— **Calderini** (Bologne) pratique la méthode de Schultze associée à l'aspiration des mucosités. — Cette aspiration est pratiquée au moyen d'un tube courbe en verre épousant la forme de la cavité buccopharyngée.

— **Demelin** (Paris). — S'associe à la plupart des idées émises par Lepage et Wallich et insiste sur le rôle important au point de vue du pronostic 1° des traumatismes obstétricaux, en particulier des traumatismes d'extraction, 2° de l'infection amniotique, 3° des traumatismes subis pendant les manœuvres utilisées pour ranimer l'enfant.

— **Pinard**. — Tous les accoucheurs sont aujourd'hui d'accord sur les principes qui doivent présider à la thérapeutique de la mort apparente du nouveau-né. Le point capital est de ranimer, d'exciter le centre circulatoire, puis le centre respiratoire ; le moyen le plus sûr est l'introduction de l'air dans les poumons Les accoucheurs sont sur ce point en désaccord avec certains physiologistes, en particulier avec mon ami M. Laborde qui préconise les tractions rythmées de la langue. J'ai déjà fait à l'Académie de médecine l'analyse critique de ce procédé qui ne tient pas compte de certaines conditions cliniques dont l'importance est primordiale.

En effet les voies aériennes sont, dans le cas de mort apparente du

nouveau-né, obstruées mécaniquement par des mucosités plus ou moins mélangées de méconium. Le problème est donc double :

1° Désobstruction des voies aériennes. Dans certains cas le procédé de Schultze, de l'aveu même de son auteur, est insuffisant. Le tube de Ribemont reste donc le procédé de choix ; mais M. Pinard reconnait que le procédé de Schultze a l'avantage pratique de pouvoir être exécuté sans instrument.

2° Excitation des centres circulatoire et respiratoire. Les deux méthodes de Schultze et de l'intubation ont leurs avantages et leurs inconvénients. La méthode de Schultze a l'inconvénient de traumatiser le fœtus. Les recherches de Wallich montrent l'importance de ce traumatisme. Il est de règle à la clinique Baudelocque de traiter les enfants nés en état de mort apparente avec une extrême douceur. Je préfère donc l'introduction de l'air dans les poumons par le tube laryngien manié avec douceur pour éviter l'emphysème et la rupture du poumon.

— **Draghiescu** (Bucharest). — Voici le *traitement de la mort apparente du nouveau-né employé à la maternité de Bucharest.* Sitôt qu'un enfant est né en état de mort apparente, on recherche les battements du cordon ombilical, — et ici deux cas peuvent se présenter : *a*) les battements qoique faibles sont perceptibles. — ou bien *b*) on ne sent pas du tout de battements.

Dans la première catégorie rentrent les cas faciles.

Les cas de la seconde catégorie sont les plus sérieux. Après avoir désobstrué les voies aériennes supérieures au moyen d'une petite compresse stérilisée enroulée autour de l'index, on introduit dans le larynx une sonde élastique un peu recourbée et perforée au bout. On aspire toutes les mucosités et les corps étrangers que l'enfant a pu avaler. Si l'enfant ne revient toujours pas, on pratique la respiration artificielle de la manière suivante : après des insufflations bouche à bouche, on fait avec la main de légères pressions tantôt sur le ventre, tantôt sur le thorax, en imitant en quelque sorte les mouvements d'inspiration et d'expiration. Assez souvent on peut avec avantage faire l'insufflation avec des ballons d'oxygène.

Dans les cas désespérés, il y a un signe auquel il faut attacher un grand prix : ce sont les battements du cœur fœtal. Tant qu'on perçoit encore ces battements, si faibles et si rares qu'ils soient, il y a toujours de l'espoir de pouvoir ramener l'enfant à la vie.

Les enfants dont l'asphyxie tient à des lésions cérébrales sont très difficiles à ranimer ; ces cas se terminent presque tous par la mort.

— **Schultze** (Iéna). — Je suis très satisfait de voir la manière dont tout le monde a apprécié la méthode que je préconise dans les cas graves de mort apparente.

L'insufflation pratiquée comme le conseille Ribemont sera utile surtout chez les prématurés. Quand il s'agira d'aspirer les mucosités contenues dans la trachée, il semble que c'est l'instrument recommandé par Calderini qui sera le meilleur. D'ailleurs l'expiration produite par ma méthode provoque le plus souvent la plus complète expectoration des mucosités qui passent des alvéoles dans les bronches et la trachée et sont rejetées, de là, au dehors, quand l'enfant est placé la tête en bas.

La mort du fœtus pendant la grossesse.

— **Lepage** (Paris) (1).

Pas de séance dans l'après-midi du lundi (*Séance générale*).

Mardi 7 août, séance du matin.

Présidence de MANGIAGALLI (Pavie).

1° Présentation de bassins de fonte destinés à faire des recherches expérimentales.

— **P. Budin** (2). — L'importance des recherches expérimentales n'est plus à démontrer en obstétrique ; si les parties molles peuvent apporter des obstacles à l'accouchement, ce sont surtout les parties osseuses qui le plus habituellement sont causes de dystocie. La reproduction de ces parties dures du squelette du bassin peut avoir un grand intérêt.

L'auteur rappelle l'histoire des bassins de fonte et il présente 7 pelvis rachitiques dont le diamètre antéro-postérieur le plus petit ou prom. pub. min. varie ; il est successivement de 6,5 ; 7 ; 7,2 ; 7,5 ; 8 ; 9 ; et 9,5 ; quelques-uns sont seulement aplatis, chez d'autres le détroit supérieur

---

(1) Le manuscrit de M. Lepage n'était pas parvenu à la Rédaction au moment de l'impression de ce fascicule.

(2) Résumé de l'auteur.

a la forme d'un cœur de carte à jouer, d'autres sont généralement rétrécis. Enfin la face antérieure du sacrum est concave, plane, convexe.

Deux de ces bassins peuvent s'ouvrir au niveau de l'articulation du pubis et représenter la symphyséotomie avec un écartement plus ou moins considérable des os. On peut ainsi comparer les divers modes de passage de la tête venant la première ou la dernière et amenée au dehors soit avec l'aide des mains, soit avec différents instruments.

On peut aussi reproduire les autres variétés des bassins viciés.

M. Budin présente en particulier 2 bassins de Nægele ; déjà en 1881, l'illustre et regretté professeur Cuzzi s'était servi d'un bassin de fonte qui était la reproduction d'un bassin de Milan à synostose existant du côté gauche.

Parmi les bassins obliques ovalaires présentés au Congrès, l'un permet de reproduire la symphyséotomie, l'autre l'ischio-pubiotomie. Ils montrent que dans ces cas les obstacles à l'accouchement n'existent pas seulement au niveau du détroit supérieur, mais encore dans l'excavation et au détroit inférieur.

Avec des bassins rachitiques, obliques, ovalaires, etc., de nombreuses expériences ont été faites, quelques-unes ont déjà été publiées, beaucoup d'autres sont encore inédites.

On ne saurait trop conseiller aux accoucheurs qui peuvent avoir des fœtus morts à leur disposition l'emploi de ces différents bassins de fonte pour des recherches expérimentales.

Pour triompher des viciations pelviennes, bien des procédés opératoires ont été conseillés qui ont été par la suite abandonnés. Ils n'auraient probablement jamais été publiés si, au préalable, on les avait essayés et expérimentés dans des bassins analogues à ceux présentés au Congrès.

— **Pinard.** — Les bassins de M. Budin ne peuvent être utilisés ni pour l'étude de la symphyséotomie ni pour celle de l'ischio-pubiotomie. On ne peut, en effet, produire sur ces bassins, que l'écartement pubien et pas du tout l'agrandissement total et les changements de forme et d'inclinaison, liés à l'abaissement du pubis, qui se produisent dans la réalité.

Ces bassins de bronze ont donc besoin d'être perfectionnés. Sans quoi les erreurs, qui peuvent aller dans l'appréciation du diamètre promonto-pubien minimum jusqu'à 1 centim., viendraient fausser les résultats de l'expérimentation.

— **Budin**. — La proposition faite par notre collègue Pinard perfectionnera évidemment les recherches expérimentales et il ne sera pas difficile d'obtenir ce qu'il demande. L'abaissement du pubis peut augmenter plus ou moins l'écartement des os, mais on obtient ce même résultat en les éloignant ou les rapprochant.

— **Calderini** (Bologne). — Comme directeur de la clinique de Bologne, il pense qu'il est de son devoir de prendre la parole. Déjà au dernier siècle le professeur Galli a imaginé des mannequins, et le professeur Fabbri a fait construire des bassins semblables à ceux présentés ici par le professeur Budin. Fabbri a fait des expériences sur des bassins en fer forgé, et ses bassins sont répandus dans toutes les Universités italiennes. Le professeur Cuzzi s'en est servi également et il en a conseillé l'usage à tous les accoucheurs. Calderini est heureux que le professeur Budin ait adopté ces bassins qui peuvent donner de très bons résultats dans la pratique obstétricale.

— **Budin**. — Je regrette que notre collègue et ami n'ait pas assisté au début de ma communication. Bien que je n'aie pas voulu faire l'étude historique détaillée de cette question, il aurait entendu que je me suis empressé de citer les noms de Fabbri et de Cuzzi.

2° De l'omphalotripsie (1).

— **Porak**. — En mai 1899, à la Société d'obstétrique de Paris, et en 1900, au Congrès d'Amsterdam (2), j'ai préconisé le broiement du cordon au lieu de la ligature. Cette méthode a justifié sa raison d'être au point de vue de l'hémostase et de l'antisepsie.

J'ai modifié l'omphalotribe en lui donnant plus de force et en changeant les cannelures des surfaces écrasantes. Mais cependant sur 1,239 cas dont nous avons relevé la statistique, sur plus de 3,000 cas observés, je note que l'hémostase a été insuffisante une dizaine de fois et qu'il a fallu laisser une pince à forte pression à demeure. Même dans ces cas, la manœuvre a au moins cet avantage qu'elle permet d'enlever, très peu de temps après son placement, la pince qu'on a appliquée sur le cordon pour plus de sécurité.

L'antisepsie du cordon est plus facile à assurer après l'omphalotripsie. Sur les 1,239 cas de ma statistique, on ne cite que 56 cas de

(1) Résumé de l'auteur.

(2) Voyez *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 52, août-sep. 1899.

cicatrisation anormale, caractérisés 14 fois par un retard de la cicatrisation, 10 fois par l'érythème, 5 fois par la suppuration ou le saignottement, 26 fois par l'épaississement inflammatoire du bourrelet. On a noté pendant ce temps 3 décès.

Enfin, dans mon service des débiles, les omphalotripsies ont donné, sur 51 cas, 15 cas d'infection ombilicale (28 p. 100), 8 décès (16 p. 100), et les ligatures, sur 55 cas, 26 cas d'infection ombilicale (47 p. 100) et 14 décès (25 p. 100).

Discussion.

— **A. Martin** (Greifswald). — La lenteur de la chute du cordon entraîne, pour les nouveau-nés, des dangers que démontrent les statistiques.

Martin lie le cordon ombilical avec un fil aseptique de suite après la naissance et immédiatement à la limite de la peau.

Puis il brûle le cordon à une distance de 1 cent. 5 avec un fer à friser. L'hémostase est certaine. La guérison se fait rapidement avec complète cicatrisation de l'ombilic, après que l'escarre est tombée du quatrième au septième jour.

— **Bar.** — Il faut : 1° Supprimer le plus vite possible les débris funiculaires et ne laisser aucun débris de cordon entre la pince et la peau.

2° Éviter l'infection par un pansement antiseptique desséchant.

Je place donc une pince à forcipressure au ras de la peau.

Le cordon tombe au cinquième jour au plus tard. La persistance de la perméabilité de la veine ombilicale après la chute du cordon fait que je ne donne pas de bains avant le quinzième jour.

— **Pinard.** — Une fois de plus j'ai pu reconnaître l'ingéniosité de mes collègues Porak, Bar et Martin ; mais je vous l'avoue, dans la section du cordon, je m'en tiendrai à l'emploi des moyens traditionnels. Il suffit d'avoir des ciseaux et du fil.

Mais il faut que les ciseaux soient absolument aseptiques ; cette asepsie est facilement réalisée par le flambage. Il faut que le fil soit aseptique, gros pour ne pas couper la cordon, fort pour qu'il ne casse pas. Le moignon du cordon ainsi lié avec ce fil, coupé avec ces ciseaux, devra être ensuite pansé d'une façon absolument aseptique et cela jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. Les résultats de cette pratique dans mon service à la Clinique Baudelocque prouvent

que cette manière de faire est suffisante ; je ne vois pas la nécessité de recourir à des instruments plus ou moins compliqués dont l'emploi par tout le monde ne serait pas sans inconvénients et sans dangers.

— **Budin.** — Les accidents d'origine ombilicale sont fréquents dans les Maternités où il n'y a pas d'isolement ; c'est ainsi qu'à la clinique Tarnier j'ai pu observer, en janvier 1900, trois cas avec deux décès ; en février, cinq cas avec un décès ; en mars, treize cas avec quatre décès. En avril dernier, nous avons commencé à faire usage de pinces. Sur 24 cas nous avons eu quatre enfants atteints d'infection ombilicale. 1 est mort ; de plus chez un autre, il y a eu une hémorrhagie légère qui a nécessité une ligature secondaire.

Actuellement, dans un service mieux organisé, nous sommes revenu à la ligature avec fil aseptique et pansement à l'ouate aseptique avec bains journaliers. Depuis mai nous n'avons pas eu d'infection.

L'importance du milieu nous semble donc primordiale.

3° Physométrie artificielle au cours de l'accouchement.

— **O. Rapin** (Lausanne) (1). — J'ai présenté, il y a un an, au Congrès d'Amsterdam, une communication sur la physométrie artificielle, espérant provoquer de la part de mes collègues l'essai de ce nouveau procédé. La manœuvre que j'ai proposée, quoique simple et facile à exécuter, a dû inspirer une sainte frayeur à ceux de mes collègues qui en ont eu connaissance, car dans l'espace d'une année je n'ai reçu aucune communication de faits relatifs à la physométrie artificielle. Étant encore seul à l'employer, je me vois forcé de résumer le résultat de mes seules observations pour démontrer qu'elle est sans danger et paraît donner des résultats encourageants.

J'ai pratiqué en tout la physométrie artificielle 10 fois dans des accouchements plus ou moins difficiles, où le fœtus courait un danger imminent d'asphyxie ; savoir :

6 fois dans des bassins rétrécis, plats, rachitiques du premier au deuxième degré et 4 fois dans des bassins normaux.

5 fois l'enfant se présentait par la tête, mais on dut chaque fois pratiquer la version pour non-engagement de la tête.

Dans les 5 autres cas, l'extrémité pelvienne se présentait, savoir :

1 fois mode des fesses, présentation complète ;

(1) Résumé de l'auteur.

4 fois mode des pieds, soit deux complètes et deux incomplètes.

1 fois il y avait procidence du bras à côté de la tête.

4 fois procidence du cordon: 1 fois à côté de la tête et 3 fois à côté des pieds.

1 fois hémorrhagie avec présentation complète des pieds.

L'introduction de l'air dans l'utérus a été faite avant les manœuvres d'extraction par notre procédé habituel. Dans les 10 cas l'extraction manuelle a été nécessaire : 3 fois elle a été très difficile; 2 fois difficile ; 1 fois, facile; dans 1 cas, forceps sur la tête dernière.

Résultats : 8 enfants vivants, 1 mort. Le dixième est un enfant déjà mort au moment de l'insufflation d'air ; il doit être éliminé. La mortalité à la naissance est donc de 1/9 ou 11 p. 100 — (le prolapsus du cordon donne une mortalité de 1/4 ou 25 p. 100). — Des 8 enfants vivants, 4 étaient profondément asphyxiques, 2 légèrement et 2 sans asphyxie. L'enfant né mort était prématuré, pas très asphyxique, mais mourut de faiblesse congénitale. Des 8 enfants vivants, 5 ont quitté la Maternité en santé ; un monstre non viable n'a vécu qu'un quart d'heure; 2 autres sont morts, un jour et dix jours après la naissance, par suite de fracture du crâne.

Enfin, toutes les mères ont guéri sans aucune complication.

— **Pinard**. — Je ne suis pas convaincu de l'innocuité de l'introduction d'air dans la cavité utérine.

Les résultats de la pratique de notre collègue Rapin, concernant la procidence du cordon, ne sont ni assez probants, ni assez nombreux. La comparaison des résultats qu'il obtient avec des statistiques légèrement entachées d'archaïsme n'est pas démonstrative; qu'il veuille bien comparer ses résultats avec ceux que nous obtenons, et il comprendra la raison de notre abstention.

4° L'expression du fœtus par la paroi abdominale. — De son manuel opératoire et de son action sur le fœtus.

— **G. Keim** (Paris) (1). — L'expression du fœtus est connue et appliquée depuis von Ritgen et Kristeller. Nous l'avons étudiée longuement dans un travail antérieur. Nous désirons seulement exposer ici nos recherches sur deux points :

Pour la manière d'opérer, nous avons divisé l'expression : en directe, quand elle est faite à l'aide des mains ; en indirecte, sans les mains.

---

(1) Résumé de l'auteur.

Pour cette dernière on avait déjà essayé le bandage de corps. Nous préconisons, avec notre maître M. Bonnaire, l'expression indirecte par la position de la taille. Par la pression des membres pelviens, la parturiente exprime elle-même ; c'est de l'auto-expression. De plus, l'utérus est ainsi maintenu dans l'axe du détroit supérieur, et l'expression et la position de la taille ont une action parallèle.

Pour l'action de l'expression sur le fœtus, on a prétendu qu'elle pouvait être cause d'asphyxie ou de production d'hémorrhagies ou de compression des centres nerveux. Nos recherches prouvent : 1° que la compression médiate, progressive et intermittente du placenta ne produit pas l'asphyxie du fœtus. Quand celle-ci existe, elle est due au passage brusque du fœtus du sac utérin à l'extérieur, comme on peut l'observer après l'opération césarienne ; 2° que les hémorrhagies des centres nerveux ne sont pas plus fréquentes que dans l'accouchement spontané ou dystocique ; 3° que la latéro-inclinaison de la tête, même forcée, ne comprime pas les centres nerveux, comme nous l'ont montré nos expériences sur des cadavres de fœtus congelés.

5° Présentation d'un nouveau basilyste.

— **A. R. Simpson** (Edimbourg) (1). — Cet instrument consiste en un basilyste, un tracteur et une vis de fixation. Il est construit de telle façon qu'il permet de faire la perforation, un complet broiement et l'extraction de la tête fœtale.

La partie du basilyste qui est semblable à une vis, après avoir perforé le crâne du fœtus, est introduite dans l'ouverture qui est faite, puis portée directement sur la base du crâne qui est alors brisée par la branche mobile du basilyste. La base peut être perforée et brisée à plusieurs reprises, de telle façon que la tête sera chassée par les contractions utérines ou extraite par le doigt de l'opérateur passé dans l'orifice fait par le perforateur dans la voûte crânienne.

Dans les cas où les contractions ne sont pas assez fortes, le basilyste représente la branche pleine ou interne d'un craniosclaste, Lorsqu'on a accompli la perforation et le complet broiement, le tracteur qui correspond à la branche externe ou fenêtrée d'un cranioclaste est appliqué en dehors de la tête fœtale ; le tracteur arrive, grâce à la vis de pression, en contact avec le basilyste maintenu fixé dans la voûte du crâne ; on procède à l'extraction en tirant à la fois sur le basilyste et sur le tracteur rapprochés au moyen de la vis de fixation.

---

(1) Résumé de l'auteur.

6° Étude expérimentale sur l'agrandissement permanent du bassin par l'application des appareils de prothèse interne après symphyséotomie (1).

— **Commandeur** et **Cl. Martin** (Lyon). — Depuis que la symphyséotomie a repris son rang parmi les opérations obstétricales dirigées contre les viciations pelviennes on s'est préoccupé d'obtenir non plus seulement un agrandissement temporaire du bassin, mais un agrandissement permanent en rendant définitif l'écartement interpubien.

Il est évident que pour résoudre le problème il faut établir, entre les pubis disjoints et écartés, des connexions assez solides pour empêcher ces os de se mobiliser l'un sur l'autre et éviter les troubles de la marche qui résultent de cette mobilisation.

Pour obtenir ce résultat, l'idéal serait d'interposer entre les os une masse osseuse faisant corps avec eux. Jusqu'à présent les procédés d'autoplastie interpubienne à lambeaux osseux n'ont donné que des résultats insuffisants en ce sens que l'agrandissement obtenu était trop faible pour permettre l'accouchement à terme

MM. Varnier et Hartmann ont publié en 1897 (2) une expérience où ils avaient réalisé l'agrandissement permanent du bassin chez la chienne par l'interposition, entre les pubis, d'une pièce métallique pleine en aluminium. La locomotion redevint rapidement normale et l'animal guérit après une période de fistulisation assez longue.

Reprenant ces expériences nous avons utilisé comme appareil interpubien destiné à maintenir l'écartement, non plus des pièces métalliques pleines, mais des appareils en forme de treillis au centre desquels nous placions des fragments de côtes de chien destinés à servir de greffe osseuse et à reconstituer, entre les deux pubis, une colonne osseuse soudée à ceux-ci et modelée sur l'appareil même suivant le procédé exposé par l'un de nous (Cl. Martin, De la régénération osseuse sur appareil prothétique interne. *Congrès français de Chirurgie*, 1897).

Ces appareils ont, dans des expériences antérieures, été plus facilement tolérés par les tissus que les pièces pleines.

---

(1) Manuscrit remis par les auteurs à la Rédaction des *Annales de Gynécologie*.

(2) Congrès de Moscou. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1897, t. XLVIII, p. 271 ; avec une planche.

Nous nous proposions donc :

1° De maintenir l'écartement interpubien au moyen d'une pièce prothétique métallique résistante ;

2° De déterminer secondairement la production de tissu osseux entre les pubis par une greffe osseuse disposée au centre de l'appareil.

Nos expériences ont été faites sur deux chiennes. La symphyséotomie a toujours été été très simple et ne s'est jamais accompagnée d'hémorrhagie notable. Mais nous avons toujours éprouvé, à cause de l'ossification précoce des symphyses pelviennes chez cet animal, une certaine difficulté à obtenir un écartement un peu prononcé. Une fois dans ces tentatives d'écartement la branche verticale d'un pubis s'est fracturée, faisant ainsi communiquer le trou obturateur avec la plaie symphysaire.

L'écartement obtenu, nous disposions entre les pubis un appareil en treillis de forme prismatique quadrangulaire de 30 millim. de long sur 15 millim. de large et 7 millim. d'épaisseur. muni latéralement de prolongements d'environ 5 millim. qui devaient s'appuyer sur les faces antérieure et postérieure des pubis. Cette pièce était constituée par un treillis de fils de platine iridié soudés entre eux à l'or fin. Elle était maintenue en place par le simple rapprochement spontané des pubis.

L'intérieur de l'appareil était ensuite bourré de fragments frais de côtes de chien.

Les suites opératoires ne se sont pas accompagnées d'accidents phlegmoneux graves. Mais il s'est rapidement constitué, vers l'angle inférieur de la plaie, une fistule séreuse assez large d'abord, qui s'est rapidement resserrée.

Chez l'une des chiennes elle persiste encore 80 jours après l'opération ; mais, chez l'autre, elle s'est complètement oblitérée 70 jours après.

La marche a été possible très rapidement, dès le quatrième jour ; mais les membres postérieurs ont pendant la marche une allure un peu étrange, due à leur écartement et au changement d'orientation des articulations coxo-fémorales. Quinze jours environ après l'opération les animaux jouent, sautent, courent sans difficulté. La région symphysaire n'est pas douloureuse au palper.

Au point de vue de la gestation et de la parturition, une des chiennes a été opérée pleine d'environ quinze jours.

Néanmoins l'intervention n'a pas eu d'influence et la gestation a évolué sans incident. C'est seulement quarante-deux jours après l'opé-

ration qu'elle a mis bas un fœtus paraissant à terme, ne présentant pas trace d'altération, mais qui fut trouvé mort le matin, la parturition s'étant faite pendant la nuit.

L'étude des radiographies faites environ deux mois après l'opération montre qu'il n'existe pas encore d'ossification. Ce fait n'a rien d'anormal, car celle-ci est ordinairement tardive et précédée d'une phase de résorption de la greffe. On ne voit pas en effet de noyaux correspondant aux fragments de côtes.

Chez l'une des chiennes, la première opérée, l'appareil semble s'être déplacé et avoir basculé en arrière. En tous cas, l'écartement ne s'est pas maintenu intégralement. La pièce métallique a filé en arrière et il ne persiste entre les pubis qu'un écartement évaluable à environ 3 millim. Il faut ajouter que lors de la mise en place, une des branches longitudinales postérieures s'était brisée; mais l'appareil avait été laissé en place parce qu'il paraissait, malgré cela, solidement fixé.

Sur la deuxième chienne, qui a mis bas six semaines après, l'appareil est resté dans le plan de la symphyse pubienne, mais il semble que l'écartement primitif s'est réduit en partie par la pénétration des branches horizontale et descendante du pubis dans l'appareil, pénétration qui a été rendue possible par la fracture de la branche verticale. Il ne paraît pas y avoir de déplacement antéro-postérieur.

En résumé, et autant que peut le permettre l'interprétation des radiographies, il s'est produit dans les deux cas un déplacement de l'appareil; total dans l'un et dans le sens antéro-postérieur; léger au contraire dans l'autre et dans le sens transversal.

Conclusions. — 1° L'interposition d'un appareil prothétique interne entre les pubis après symphyséotomie est une opération inoffensive chez la chienne.

2° Dans nos deux cas, il s'est produit une fistule. Celle-ci, dans un cas, s'est oblitérée complètement soixante-dix jours après l'opération.

3° Les fonctions locomotrices (marche, course, saut) se rétablissent rapidement dans leur intégrité après l'intervention.

4° La continuation de la gestation est possible chez les chiennes opérées pleines.

5° La parturition peut se faire à terme sans incident pour la mère.

6° On ne peut encore tirer de conclusions au point de vue d'une néoformation osseuse interpubienne par la greffe, l'ossification ne commençant à apparaître qu'au bout de six à huit mois.

Expérience I. — Chienne de petite taille, pesant environ 6 kilogr., opérée le 12 mai 1900. Anesthésie au chloroforme.[1]

Incision cutanée et aponévrotique, libération des bords supérieur et inférieur de la symphyse. Section de celle-ci à la scie à chaîne. Écartement de 15 millim. par traction sur les pubis. Pas d'hémorrhagie. Mise en place de l'appareil. Comme il dépasse le bord supérieur de la symphyse on enlève à la cisaille la partie supérieure, environ 5 millim. La travée longitudinale postérieure droite se détache. Cependant l'appareil ne se mobilise pas.

Remplissage de l'appareil avec les fragments de deux côtes de chien qu'on vient de sacrifier par section du bulbe. Suture profonde avec une grande anse de fil métallique. Suture cutanée au fil métallique à points séparés. Pansement.

16 mai. Pansement, la plaie cutanée va bien. Ni gonflement, ni rougeur. L'animal urine facilement, se tient sur ses pattes, marche bien.

Le 19. Pansement. Un point cutané inférieur a cédé, on remplace à ce niveau un point métallique. L'anse métallique profonde est enlevée.

Le 20. Pansement. Trois des points cutanés inférieurs ont cédé. La plaie symphysaire semble communiquer avec l'extérieur, mais l'expression ne fait pas sourdre de pus.

Le 27. A travers la fistule qui a environ 4 millim. de diamètre on voit l'appareil.

9 juin. La fistule s'est resserrée beaucoup.

Le 30. Il persiste une fistulette. L'animal joue, saute, court à toute vitesse sans paraître éprouver de douleur. Le train de derrière présente cependant une démarche particulière due à l'écartement des membres postérieurs.

28 juillet. Il persiste encore une petite fistule séreuse.

Expérience II. — Chienne bull-dogg d'environ 12 kilogr., opérée le 19 mai 1900. Anesthésie chloroformique. Incision présymphysaire d'environ 10 centim. Section du raphé fibreux médian jusqu'à l'os. Passage de la sonde-rugine d'Ollier et de la scie à chaîne. Sciage de la symphyse. Écartement faible. En voulant écarter les deux pubis avec une pince la branche verticale du pubis gauche se fracture et le trou obturateur communique avec la section symphysaire.

Mise en place d'un appareil de 3 centim. de haut sur 18 millim. de large ; assez difficile à cause du peu d'écartement symphysaire, hémorrhagie légère qui s'arrête facilement. Remplissage de l'appareil avec les fragments de trois côtes d'un chien qu'on vient de sacrifier.

Suture profonde des parties molles avec un surjet à la soie. Suture cutanée au fil métallique à points séparés très rapprochés.

20 mai. La plaie cutanée va bien. L'animal mange comme à l'ordinaire.

Le 27. On supprime le pansement. La chienne se tient sur ses pattes et marche.

9 juin. Les fils superficiels ont été enlevés hier ; à travers la plaie cutanée, par plusieurs orifices, s'écoule de la sérosité.

Le 30. La plaie cutanée est à peu près complètement cicatrisée. Il persiste une très légère fistulette à l'angle inférieur de la plaie.

Ce matin le garçon de laboratoire nous apprend que la chienne a mis bas pendant la nuit. Le fœtus paraît à terme, et bien qu'il ait été trouvé mort ne présente aucune lésion ; la chienne va très bien.

21 juillet. L'angle inférieur de la plaie présente encore une très petite fistulette à travers laquelle fait issue un petit fragment de greffe.

Le 28. La fistule est complètement oblitérée.

7° Accouchement forcé pour l'insertion vicieuse du placenta avec hémorrhagies.

— **Fournier** (d'Amiens) (1). — Laissant de côté les accouchements forcés pour éclampsie et vomissements incoercibles que j'ai eu l'occasion de pratiquer, je viens aujourd'hui apporter 7 observations de placentas marginaux ou centraux graves avec hémorrhagies importantes : 7 *fois j'ai pratiqué l'accouchement forcé*, 7 *mères sont vivantes*, ainsi que 4 enfants ; la mortalité maternelle est nulle. Pour ce motif et pour d'autres que j'énoncerai, je préconise la méthode de l'accouchement forcé pour l'insertion vicieuse du placenta, avec hémorrhagies, comme supérieure à toutes les autres.

— **Pinard**. — La communication que vous venez d'entendre me surprend étrangement : avec l'expérience que lui donnent 7 observations, notre confrère vient nous dire que l'accouchement forcé est le seul traitement à employer dans l'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta, et que c'est là la seule conduite logique à tenir ! Et le moyen qu'il propose demande une heure pour l'obtention d'une dilatation complète. Et il conseille de donner du chloroforme ! Je tiens à faire entendre une énergique protestation contre la doctrine émise par M. Fournier, doctrine qui nous reporte à l'époque de Louise Bourgeois, qui fait table rase de tous les progrès réalisés et dont l'application serait désastreuse.

8° Intervention chirurgicale dans un cas d'inversion utérine d'origine puerpérale datant de cinq mois.

— **Oui** (Lille) (2). — Il s'agit d'une femme de 35 ans, chez laquelle des tractions immodérées et précoces exercées sur le cordon ombilical au cours de la délivrance amenèrent une inversion complète de l'utérus.

Cet accident fut longtemps méconnu et ne fut diagnostiqué qu'à l'hôpital où cette femme entra au bout de cinq mois, épuisée par d'abondantes hémorrhagies.

Le 13 juillet, après des tentatives infructueuses de réduction

(1) Résumé de l'auteur.
(2) Résumé de l'auteur.

manuelle, l'auteur pratique une intervention sangl
était primitivement d'exécuter l'opération préconi
Doyen : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur
antérieure du col utérin et réduction consécutive
col ne suffit pas et pour pouvoir retourner l'utéru
l'incision jusqu'à 1 centim. et demi à 2 centim. d
Après suture du corps utérin, l'organe reconstitu
l'abdomen par l'incision vaginale et le col fut sutu

La malade a guéri sans complications.

Des interventions analogues ont été faites par d
Otto Küstner, Duret ont, en effet, pratiqué la ré
inversé après incision, mais en attaquant l'organe
rieure.

La voie antérieure est aussi sûre, la vessie
décollée de l'utérus inversé et ne risquant pas d'ê
plus commode, le cul-de-sac vaginal antérieur ét
accessible que le postérieur.

**9° Injections intra-veineuses de sérum artificiel da
puerpérales.**

— **Maygrier** (Paris) (1). — Le but de cette co
faire connaître les résultats que m'ont donnés l
veineuses de sérum artificiel dans les hémorrhagie
1896, époque où, dans une communication à la So
France, j'ai relaté l'observation d'une femme e
d'hémorrhagies par placenta prævia, et chez laque
6 litres de sérum dans les veines en 3 séances a
résurrection.

J'ai eu recours à ce traitement chez 15 femm
hémorrhagies, et dont la mort était imminente :
8 n'ont pu être sauvées.

Dans 7 cas il s'agissait de placenta prævia, dans 2
2 de décollement prématuré du placenta, dans 3
post-partum.

Ces résultats confirment mes conclusions de 189
sérum dans les veines sauvent environ la moitié d
mourantes d'anémie suraiguë post-hémorrhagique

(1) Résumé de l'auteur.

ons ne doivent être pratiquées que dans les conditions

es injections sous-cutanées de sérum dont l'effet est resté que l'état général continue à s'aggraver ;

, quand la femme est dans un état voisin de la mort et rême urgence à intervenir.

ons intra-veineuses n'agissent qu'à dose massive : 1 à 2 m artificiel (eau salée à 10 p. 1000).

nt être renouvelées dès que l'effet produit tend à s'atté- le collapsus reparaît : on peut injecter ainsi plusieurs s vingt-quatre heures.

avec prudence et suivant une technique aujourd'hui bien injections ne déterminent aucun accident Aucune femme ourir d'hémorrhagie sans qu'on ait tenté de la sauver par éroïque.

Mardi 7 août, séance de l'après-midi.

Présidence de Calderini (Bologne).

1° **Drap de parturition.**

l Iaks (Berlin).

ologie, prophylaxie et traitement du rachitisme.

el (Leipzig) (1). — Je me suis proposé de prouver que ment du rachitisme chez les enfants en croissance résulte nce de sels calcaires dans leur nourriture.

encé par les farines, par exemple la farine de Nestlé. Elle peu de chlorure de sodium, et très peu de phosphate de omprend facilement alors que le rachitisme en résulte.

aucoup plus difficile d'expliquer le développement du uand on donne aux nourrissons du lait de vache dilué. venu à l'explication de ce fait curieux ; malgré qu'il y ait e vache quatre fois plus de sels calcaires que dans le lait

---

it remis par l'auteur à la rédaction des *Annales*.

de femme, il est néanmoins possible que les enfants puissent en assimiler trop peu par suite de l'action de la présure.

Par cette action la moitié des sels calcaires devient insoluble ; de la moitié qui reste soluble plus de moitié encore est mécaniquement retenue dans le coagulum du lait cuit.

Si bien qu'il reste moins de sels en dissolution qu'il y en a dans le lait de femme.

Le postulatum le plus urgent pour la digestion du nourrisson est qu'il y ait de l'acide chlorhydrique pour dissoudre les sels calcaires devenus insolubles et emprisonnés par la caséine.

Or l'acide chlorhydrique manque bien souvent, parce que tous les troubles digestifs diminuent cet acide dans l'estomac du nourrisson.

L'existence de l'acide chlorhydrique dépend du chlorure de sodium, c'est-à-dire du sel de cuisine ou sel marin. Quand on institue des expériences de telle sorte qu'on ne donne plus aux animaux de chlorure de sodium dans leur nourriture, ces animaux perdent absolument l'acide chlorhydrique dans leur estomac.

J'ai pu prouver de plus que dans le royaume de Saxe, où le rachitisme est extrêmement fréquent, on fabrique le pain bis sans sel.

J'ai montré qu'avec une nourriture qui ne contient que le sel naturel, qui est cuite sans adjonction de sel (nourriture végétarienne sans lait et sans œufs), la quantité de chlore dans le lait de la femme diminue jusqu'à 50 p. 100.

Il est donc possible qu'une mère qui a seulement une nourriture végétarienne mais en très petite quantité produise trop peu d'acide chlorhydrique dans son estomac ; qu'en conséquence elle ne puisse y dissoudre les sels calcaires.

D'où il résultera — et c'est aussi prouvé par des expériences — que son lait contiendra trop peu de sels calcaires, et ses nourrissons deviendront rachitiques.

De grandes séries d'expériences ont encore été faites pour améliorer la digestion du lait de vache dans l'estomac du nouveau-né.

En voici les résultats :

1° Le lait cru n'est pas du tout mieux digéré que le lait cuit : au contraire, le lait cuit l'est beaucoup mieux que le lait cru.

2° Le coupage du lait avec de l'eau n'améliore pas du tout la digestion.

3° Mais en ajoutant du sucre de lait de 4 à 6 p. 100 au lait de vache, d'après la proposition de Soxhlet, on a une amélioration considérable.

ltat de la plus grande importance est qu'en diluant le lait
c de l'eau salée à 0,2 p. 100 (sérum de lait artificiel)
p. 100 (sérum de sang artificiel) on peut améliorer la
lait de vache autant qu'avec le sucre de lait.

des expériences avec le lait écrémé ; la conclusion est
nourriture très mauvaise pour les nourrissons.

ériences de digestion artificielle faites avec une grande
réparations m'ont prouvé que les meilleures sont celles qui
vec le ferment du pancréas et en Allemagne le lait pré-
les prescriptions de Backhaus.

rachitiques ont aussi des évacuations assez considérables
lcaires, c'est-à-dire chimiquement des combinaisons de sels
c les acides gras, par exemple l'acide stéarique.

naisons ne peuvent naître que quand il y a dans le tube
ème temps des sels calcaires solubles et des acides gras
s.

binant ils constituent des sels tout à fait insolubles dans
peuvent pas être absorbés par les enfants.

ion des sels calcaires ne pouvant se faire que dans l'esto-
nt où il y a de l'acide chlorydrique, on pourrait expliquer
lcaires dans les évacuations des enfants en les considérant
te de la digestion stomacale entré dans l'intestin et y deve-
alcaire en y rencontrant des acides gras libres. Les savons
rraient alors être considérés comme une preuve qu'il n'y
aut de sels calcaires solubles, mais un trouble dans l'ab-
stinale.

venir à prouver que cette explication ne serait pas cor-

expérimenté avec le phosphore dans l'huile de foie de
uvé, par des distillations faites suivant la méthode de
que dans un grand nombre de cas il n'y avait pas de
étallique dans ces huiles.

donc plus parler d'un effet spécifique du phosphore
ntre le rachitisme. Mais il est sûr que le phosphore ne
; il reste dans l'huile et devient autre chose. On parvien-
lacer par des produits chimiques non toxiques et beau-
caces.

3° Deux cas d'achondroplasie avec examen histologique.

— **Porak** et **Durante** (Paris) (1). — Nous avons eu, dans le courant de l'année dernière, l'occasion d'observer deux cas d'achondroplasie dans lesquels nous avons non seulement étudié le système osseux mais examiné le système *nerveux*, ce qui, jusqu'ici, à notre connaissance du moins, n'avait pas été fait.

I. Le premier de ces enfants, né d'une mère atteinte de syphilis récente et présentant des accidents secondaires, pesait 1,800 grammes. Il avait un aspect typique. Les membres courts et épais, sillonnés de plis de flexion, étaient comparables à de petits cylindres courts superposés. Le membre supérieur avait une longueur de 8 centim. pour un diamètre de 2 à 3 centim. et demi au milieu de l'avant-bras ; l'inférieur, une longueur de 9 centim. pour un diamètre de 5 centim. et demi au niveau du mollet. La tête était énorme et le thorax, étalé à la base, était aplati transversalement avec proéminence du sternum. Les os des membres étaient presque réduits à leurs épiphyses, les diaphyses ne constituant qu'un petit cylindre intermédiaire ne mesurant, pour le fémur, qu'un demi-centimètre de longueur.

L'examen histologique a montré du côté des os une différence considérable entre l'ossification périostique et l'ossification cartilagineuse. Au niveau des épiphyses les cellules cartilagineuses se sérient mal et donnent naissance à des travées osseuses irrégulières, grêles, déchiquetées, dans lesquelles les cellules conservent longtemps une réfringence cartilagineuse. Ces travées, imparfaites comme dimensions et comme structure, ont l'air de disparaître rapidement. L'ossification périostée, au contraire, se fait d'une façon beaucoup plus régulière, mais sans donner lieu, le plus souvent, à des lamelles osseuses bien nettes. Elle donne naissance, cependant, à une coque osseuse presque compacte, mais qui se raréfie rapidement du côté de la moelle osseuse.

Le *système nerveux* présente des lésions évidentes : sur toute sa hauteur (cerveau, protubérance, moelle) on rencontre une congestion intense avec dilatation des capillaires et hémorrhagies interstitielles punctiformes, siégeant surtout dans les méninges et dans la substance grise où elles infiltrent les gaines lymphatiques périvasculaires.

---

(1) Manuscrit remis par les auteurs à la Rédaction des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

Sur toute la hauteur la moelle, les méninges sont épaissies. Dans la région cervicale moyenne supérieure, la substance grise présente d'un côté une forme anormale, les cornes antérieures et postérieures étant bifides et paraissant atrophiées. Dans les régions cervicale supérieure, dorsale et lombaire la substance grise d'un côté est plus petite et présente moins de cellules que du côté opposé. La myélinisation des cordons est à peu près normale dans les régions inférieures, mais paraît retardée dans les régions cervicale et protubérantielle. Il n'existe nulle part de nodules inflammatoires pouvant être assimilés à des gommes.

Le *sciatique* paraît assez régulièrement développé quoique, peut-être, un peu scléreux.

Dans les *muscles*, dont les capillaires sont distendus, certaines fibres striées présentent des accumulations locales de noyaux assimilables à ce que chez l'adulte on observe au cours de la convalescence des maladies aiguës et que l'on peurrait regarder comme de petits foyers de dégénération.

Le *foie*, enfin, est atteint d'une *hépatite* aiguë intense dissociant les travées cellulaires et accusée surtout dans les espaces portes où les vaisseaux sont autant de manchons de petites cellules rondes.

II. Le second achondroplasique était un fœtus de 4 mois et demi environ, ayant 22 centimètres de longueur. Sa mère avait succombé à des vomissements incoercibles et présentait à l'autopsie une dégénérescence aiguë presque complète du foie dont il ne restait plus que quelques cellules conservées, et des lésions rénales de nature toxique, constatées sur les coupes histologiques.

L'enfant, retiré de l'œuf intact, avait un aspect typique d'achondroplasique avec les membres courts et boudinés, mais sans modification appréciable de la tête ni du thorax.

Sur les coupes des membres les *os* ont présenté des lésions analogues à celles du premier enfant, mais moins accentuées. Ici encore, cependant, les capsules cartilagineuses des épiphyses se disposent souvent irrégulièrement et donnent naissance à des travées incomplètes, tandis que l'ossification périostale se fait plus régulièrement.

La *peau* est fine et normale, mais le derme épaissi sans interposition anormale de tissu adipeux.

Les *muscles* présentent souvent une dislocation de leurs faisceaux par de l'œdème interstitiel.

Dans le système nerveux la *moelle* ne possédait pas de tubes à myé-

line sauf quelques rares dans les cordons latéraux de la région cervicale. A ce niveau, en outre, il existe une anomalie de la substance grise qui ne paraît pas dépendre d'un accident pendant le durcissement. Toute la moelle est infiltrée d'un grand nombre de petites cellules rondes disposées sans ordre et les cellules motrices semblent plus nombreuses et plus développées d'un côté que de l'autre.

Telles sont, au résumé, les lésions histologiques observées chez ces deux enfants.

Au point de vue osseux la malformation relève d'une *ossification cartilagineuse insuffisante* et défectueuse. C'est également ce que nous avons observé dans une observation publiée antérieurement (1), mais dans cette dernière il existait, du côté de l'os périostal, une résorption exagérée qui est beaucoup moins marquée dans les deux cas que nous venons d'étudier, d'où l'épaisseur un peu plus grande des diaphyses des os longs.

Mais dans ces deux dernières autopsies, l'examen histologique plus complet permet de constater de divers côtés, indiscutablement, des lésions d'ordre infectieux ou tout au moins toxique.

Chez le premier enfant nous trouvions une hépatite interstitielle que l'on peut regarder comme une cirrhose syphilitique au début, et, dans tous les organes, le système nerveux surtout, une congestion intense de vaisseaux aboutissant à des hémorrhagies. La moelle présente, en outre, des lésions évidentes sur toute sa hauteur et particulièrement dans la région cervicale, et les muscles les signes de l'action d'une maladie infectieuse.

Chez le second enfant plus jeune nous retrouvons les mêmes lésions osseuses et, dans la moelle, très incomplètement développée, des altérations de congestion et d'œdème analogues à celles relevées chez le premier.

Du côté maternel, la mère du premier enfant est une syphilitique récente en pleine période infectieuse depuis au moins deux mois et probablement davantage. La mère du second succombe à des lésions éminemment toxiques caractérisées par des lésions histologiques du foie et des reins. Ces différences dans l'étiologie maternelle expliquent les différences dans les altérations parenchymateuses des

(1) PORAK et DURANTE. Sur un cas d'ostéogénèse anormale. *Soc. obstétricale et gynécologique de Paris,* juin 1894.

enfants. Mais dans les deux cas, le facteur commun est une *intoxication* (microbienne ou autre) maternelle.

Maintenant, étant données les lésions médullaires, doit-on mettre sur leur compte les lésions du squelette ? Cela nous paraît peu probable. En effet, si la congestion, l'œdème, les hémorrhagies capillaires existent sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal, dans les deux cas on trouvait un maximum des lésions dans la région cervicale et, en outre, dans l'un des cas existait une légère atrophie de la substance grise d'un côté. Cette topographie des lésions nerveuses ne correspondait pas à une prédominance des lésions dans les membres supérieurs ou d'un côté du corps.

Nous penchons donc, plutôt, à croire que les lésions nerveuses ou osseuses sont *simultanées*, relèvent toutes deux d'une cause unique et ne dépendent pas l'une de l'autre. Toutefois il n'était pas sans intérêt de rechercher et de mettre en évidence ces lésions nerveuses qui, par leur nature, tendent à démontrer l'origine infectieuse ou plus probablement toxique de l'achondroplasie. Si dans les deux observations précédentes la substance toxique semble provenir de l'organisme maternel, il serait imprudent d'y voir une loi générale et de nier absolument l'existence d'une achondroplasie par insuffisance glandulaire fœtale, et c'est à de nouveaux faits à nous dire si, à côté d'une achondroplasie par hérédo-intoxications, il en existe également par auto-intoxication.

4° Possibilité de relation entre la môle vésiculaire et la dégénérescence kystique des ovaires.

— **Calderini** (Bologne) (1). — L'auteur, s'appuyant sur trois cas (sur cinq) de môle vésiculaire compliquée de kystome séreux simple des ovaires par lui observés et traités au moyen de l'ovariectomie, annonce qu'il pourrait y avoir une relation étiologique entre la maladie des ovaires et la maladie de l'œuf par l'intermédiaire de l'épithélium qui l'entoure dans le follicule dont il sortirait déjà altéré.

L'ovariectomie constituerait le traitement radical de la maladie des ovaires préventif de la récidive de la môle avec toutes ses mauvaises conséquences.

---

(1) Résumé de l'auteur.

— **Pinard**. — Rappelle un cas récemment observé par lui à la clinique Baudelocque où cette coexistence d'une môle hydatiforme et d'une dégénérescence kystique bilatérale des ovaires existait. La relation entre ces deux ordres de lésions n'est jusqu'à nouvel ordre qu'une hypothèse.

5° De l'amputation du col utérin.

— **La Torre** (Rome). — Modification technique du procédé Simon-Markwald.

Le président fait observer que cette communication, toute de technique chirurgicale, eût été mieux à sa place dans la Section de Gynécologie et regrette que M. La Torre n'ait pas fait ici la communication *sur la malignité de la môle hydatiforme* annoncée pour cette séance.

La Torre répond que cette communication obstétricale, il l'a précisément faite, pour une raison qu'il ne s'explique pas, à la Section de Gynécologie.

6° Traitement des métrites et vaginites gravidiques blennorrhagiques par le bleu de méthylène pur et pulvérulent (1).

— **Chaleix-Vivie** (de Bordeaux). — Encouragé par les succès que le bleu de méthylène *pulvérulent* m'a donnés en gynécologie, comme hémostatique, analgésique et antiseptique, je l'emploie chez les femmes enceintes atteintes de vaginite et de métrite blennorrhagiques. Indolore, inoffensive, l'application sur le col de bleu *pulvérulent* supprime en quelques séances l'écoulement et la douleur et assainit la région. Des expériences sur les animaux m'ont montré qu'après une courte application de bleu dans le vagin, la surface utérine tout entière était colorée : la diffusibilité en surface et en profondeur de ce puissant microbicide est précieuse dans la grossesse où un traitement intra-utérin serait impossible. La forme *pulvérulente* est plus efficace, car, par une fusion lente et continue, elle assure le contact prolongé de l'agent modificateur.

---

(1) Résumé de l'auteur.

Mercredi 8 août, séance du matin.

Présidence de M. Pestalozza (Florence).

1° De la radiographie métrique appliquée à la mensuration des diamètres du détroit supérieur.

Fabre (Lyon) (1). — Sous le nom de radiographie métrique, j'ai décrit un procédé simple et facile à employer qui permet d'apprécier les déformations que subissent les ombres fournies par la radiographie, et de mesurer les distances linéaires entre divers points contenus dans un même plan.

C'est là un résultat important, car tout le monde sait qu'il est impossible de faire des mensurations exactes sur l'épreuve radiographique elle-même. Les déformations sont en effet considérables et varient avec les distances qui séparent de la plaque photographique les différents points d'une courbe, telle que le contour du détroit supérieur; elles varient aussi avec les positions réciproques de l'ampoule et des différents points du bassin. Lévy et Thumin ont bien pu mesurer, grâce à la trigonométrie, les différents diamètres du détroit supérieur, mais ce procédé ne peut guère entrer dans la pratique courante.

Il en serait de même des compas de Contremoulins appliqués au bassin.

Mon procédé au contraire est applicable par tout le monde et on peut facilement reproduire, sans grosses erreurs, un contour donnant en vraie grandeur les dimensions du détroit supérieur.

Le procédé consiste essentiellement à mettre dans le plan du détroit supérieur un cadre composé de quatre règles métalliques distantes de un centimètre. La première règle, la postérieure, est transversale, appliquée contre la partie postérieure du tronc, en un point qui peut varier suivant la forme du bassin. Nous verrons plus loin quelle est l'influence de ces variations. On peut dire cependant que la règle postérieure est placée au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures. La seconde règle, l'antérieure, est placée au niveau de la partie supérieure du pubis; elle est parallèle à la règle postérieure. Les dents de ces deux règles déterminent un plan dans lequel sont placées les deux

(1) Cette communication a été présentée par M. Fochier.

règles latérales de façon à ce que le plan du cadre coïncide avec le plan du détroit supérieur.

Les rayons X projettent sur la plaque les ombres des dents en même temps que celles des différents points du détroit supérieur. On n'a, sur l'épreuve photographique, qu'à réunir deux à deux les dents opposées, pour avoir des quadrilatères plus ou moins déformés correspondant à des carrés qui auraient été tracés dans le plan du détroit supérieur.

Sur un papier quadrillé présentant des carrés d'un centimètre de côté on reporte la trace du contour du détroit supérieur, en la redressant dans le sens où l'indique le quadrillage tracé sur l'épreuve photographique, et l'on obtient ainsi une image à peu près exacte du détroit supérieur.

Dans le bassin normal, le plan qui, au détroit supérieur, comprend la plus grande partie de son contour, ne comprend pas tous les points importants à considérer. C'est ainsi que le promontoire est, suivant les cas, à un ou deux centimètres au-dessus du plan déterminé par la ligne innominée. La ligne innominée elle-même décrit une courbe dont tous les points ne sont pas rigoureusement dans un même plan.

Il sera donc impossible de faire coïncider exactement le cadre avec le plan du détroit supérieur en y comprenant le promontoire. Cette considération suffirait à rendre critiquable toute prétention à l'exactitude rigoureuse. Disons cependant que dans les bassins viciés par le rachitisme, dans les bassins aplatis, dans les bassins généralement rétrécis rachitiques, il existe toujours une projection du promontoire en avant et le plus souvent en bas ; que par suite le promontoire se rapproche du plan du détroit supérieur ou même y est contenu.

Malgré cela on peut dire que la radiographie métrique rend surtout possible l'évaluation des transverses et que c'est là son principal avantage, car c'est le seul procédé qui permette de mesurer facilement ces diamètres, alors que, cliniquement, on peut, de la mensuration du promonto-sous-pubien, tirer une valeur suffisamment approchée du diamètre utile. Les erreurs causées par le défaut de parallélisme entre le plan du cadre et celui du détroit supérieur ont une valeur minima dans les évaluations des dimensions transversales. En effet, supposons que, le cadre étant placé symétriquement des deux côtés, les deux plans fassent un angle et se coupent vers le milieu du conjugué, l'évaluation sera exacte surtout pour le diamètre transversal placé près de l'intersection des deux plans ; si les deux plans se coupent en

dehors du bassin, l'erreur sera considérable, mais alors le cadre aura été placé bien mal : si les deux plans sont parallèles et ne sont pas trop distants l'un de l'autre, les transverses pourront être évalués assez exactement. Il n'en est pas de même des diamètres antéro-postérieur ou obliques qui, vus en raccourci par rapport à la règle mensuratrice, ne peuvent être évalués très exactement que s'il y a coïncidence entre les deux plans.

On voit quelle est l'importance de la coïncidence du plan du détroit avec le plan du cadre ; nous avons montré que, dans la majorité des bassins, il était impossible de mettre le promontoire dans le plan du cadre ; à ces difficultés vient s'ajouter la variabilité de la ligne d'affleurement du plan du détroit supérieur au niveau de la partie postérieure de la colonne lombaire et des os iliaques.

Nous avons examiné à ce point de vue quarante bassins de la collection de la Clinique de Lyon, choisis parmi les moins déformés, ou se rapprochant des déformations les plus couramment observées en clinique; nous avons constaté qu'il est difficile de donner une formule pouvant s'appliquer à tous les bassins.

Dans les bassins se rapprochant le plus possible, par leurs dimensions et par leur forme, du bassin normal, on peut constater que la ligne d'affleurement postérieur du plan du détroit aboutit à environ 1 centim. au-dessus des épines iliaques postérieures et supérieures.

Dans quinze bassins aplatis avec diamètres transverses conservés ou même agrandis, la ligne d'affleurement coïncide assez régulièrement avec les épines iliaques postérieures et supérieures.

Dans six bassins généralement rétrécis, d'origine rachitique, la ligne d'affleurement est variable, allant de 1 centim. au-dessus à 1 centim. au-dessous des épines iliaques postérieures et supérieures: cette variation dépend de la hauteur du sacrum, qui peut, dans une certaine limite, être appréciée par l'exploration interne.

Dans cinq bassins aplatis et généralement rétrécis, le point d'affleurement est situé à 2 centim. au-dessous des épines iliaques.

Au contraire, dans les bassins de luxation cougénitale, dans les bassins à six vertèbres, la ligne d'affleurement postérieur se trouve à 2 centim. au-dessus des épines iliaques postérieures et supérieures.

On voit combien est variable la ligne suivant laquelle doit être placée la règle postérieure et quelles difficultés on doit rencontrer pour arriver à la coïncidence du plan du cadre avec celui du détroit supérieur ; pratiquement il semble cependant qu'on puisse obtenir des

résultats satisfaisants en prenant pour point de repère les épines iliaques postérieures et supérieures et en se tenant : un peu au-dessus d'elles dans le bassin normal, dans la luxation congénitale — et au contraire au-dessous dans les bassins rachitiques, où le toucher ne montre pas le sacrum étiré.

Supposons que nous soyons arrivés approximativement à la coïncidence des deux plans considérés : nous n'avons pas encore vaincu toutes les difficultés. En effet le sacrum, et en particulier le promontoire, donnent sur les radiographies des images très vagues et on ne peut déterminer d'une façon précise le point qui servira d'origine au sacro-pubien. Nous avons tourné la difficulté en maintenant, pendant la radiographie, un fragment métallique appliqué sur le promontoire par un doigt introduit dans le vagin.

Étant données les difficultés que nous connaissons, nous avons voulu constater à quel degré d'exactitude pouvait arriver la méthode en l'employant cliniquement. Pour cela, nous avons radiographié deux cadavres, nous avons mesuré les diamètres du détroit à l'autopsie, et nous avons comparé les mensurations avec celles que nous avions obtenues par la radiographie métrique.

J'ai fait deux expériences, l'une avec le cadre de Destot, l'autre avec le mien.

Le cadre de Destot est très ingénieux : il présente l'avantage de permettre l'éloignement et le rapprochement des deux règles latérales ; on peut plus facilement faire entrer leurs ombres dans la plaque photographique ; mais l'inconvénient qu'il présente consiste en ce que la règle postérieure est appliquée sur la plaque ; elle peut être très distante des régions postérieures du bassin dans les cas où il y a une ensellure telle qu'on ne peut la corriger qu'incomplètement en relevant les jambes de la malade. Voici les résultats obtenus :

Première expérience. J..., 38 ans.

	MENSURATIONS SUR LA RADIOGRAPHIE	MENSURATIONS SUR LE BASSIN	MENSURATIONS SUR LE CONTOUR AU CARREAU	ERREURS
	—	—	—	—
Diamètre utile.....		11.1		
Transverse maximum.	17.3	14.5	13.7	—0c.8mm.
Transverse médian...	16.9	14	13.2	—0. 8
O. G.....	14.3	12	13.1	+1. 1
O. D.....	15	13.5	12.7	—0. 7

On voit que l'erreur atteint sur tous les diamètres un centimètre en plus ou en moins.

Dans la *seconde expérience*, nous avons obtenu les résultats suivants :

B..., 86 ans.

	MENSURATIONS SUR LA RADIOGRAPHIE	MENSURATIONS SUR LE BASSIN	MENSURATIONS SUR LE CONTOUR AU CARREAU	ERREURS
	—	—	—	—
Diamètre utile.....		10		
Transverse maxim.	17.2	13.7	14	+0c.3mm.
Transverse médian.	13.5	12.4	12.3	—0. 1
O. G.....	15	11.4	12.5	+0. 9
O. D.....	14.3	11.9	12.1	+0. 2

Dans ces deux expériences ce qui frappe le plus, c'est l'énorme différence qu'il y a entre les dimensions réelles du détroit supérieur et celles qui sont fournies par la mensuration directe de l'épreuve radiographique.

Dans la seconde expérience, les erreurs n'ont pas été trop considérables et les erreurs ne sont pas assez importantes pour vicier le pronostic de l'accouchement dans le bassin.

Nous croyons donc pouvoir conclure que la radiographie métrique appliquée avec soin est un moyen clinique permettant l'évaluation précise des diamètres du détroit supérieur, et que ce procédé a une valeur sérieuse pour la mensuration des diamètres transverses.

— **Varnier.** — J'ai demandé la parole après M. Fochier pour dire le bien et le mal que je pense de la méthode de radiographie métrique de M. Fabre, de Lyon.

Je procéderai par démonstration.

Le bien, d'abord. Voici (fig. 2, p. 137) un bassin vicié, aplati, de notre collection :

Appliquons-lui, suivant le plan du détroit supérieur, le cadre denté de M. Fabre. Nous obtenons, en radiographiant le tout dans le décubitus dorsal, une projection déformée de l'entrée du bassin et du cadre. En voici une épreuve sur papier photographique (fig. 1). Mettons au carreau et transcrivons sur du papier quadrillé en centimètres et en millimètres : nous avons le tracé du détroit supérieur corrigé d'après M. Fabre (fig. 3). Découpons ce tracé corrigé et transportons-le sur

l'entrée du bassin sec en expérience : nous voyo
millimètres près ils s'adaptent l'un à l'autre (1).

De cette expérience, résumé de beaucoup d'aut

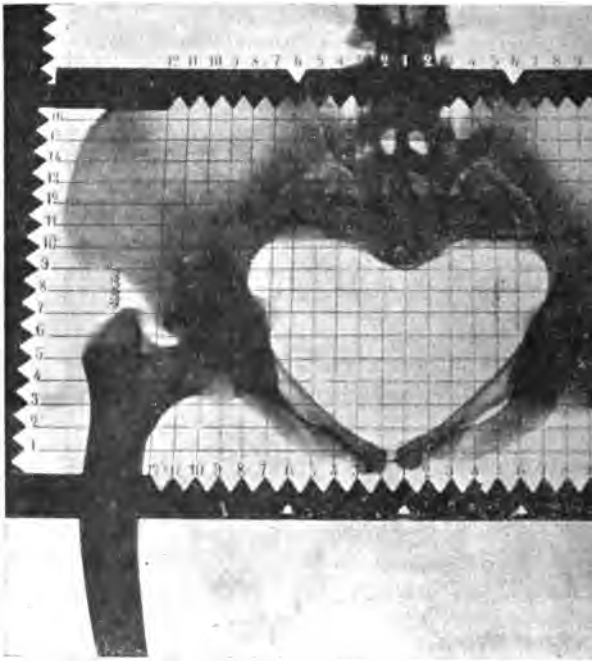


FIG. 1.

retenir que l'appareil de M. Fabre, appliqué suivant c
repère aisés à déterminer sur les bassins secs, donne
des résultats pelvimétriques d'une précision quasi-par

MM. Fabre et Fochier estiment que pour obtenir
faut placer le cadre *suivant le plan du détroit supérieur*.

Je vais vous montrer qu'à cette prétendue règle il es
Prenons, en effet, cet autre bassin de notre collection,
laire de Naegele et faisons-en deux radiographies su
appliquant le cadre de M. Fabre :

(1) Les fig. 1, 2, 3, 4, 4 *bis*, 5, 5 *bis* sont toutes à la même
de grandeur. Voyez, p. 131 et 132, le mode d'emploi de l'app
ici figuré.

1° Suivant le plan du détroit supérieur (fig. 4, p. 138).

2° Suivant le plan, très éloigné de celui du détroit supérieur, qui

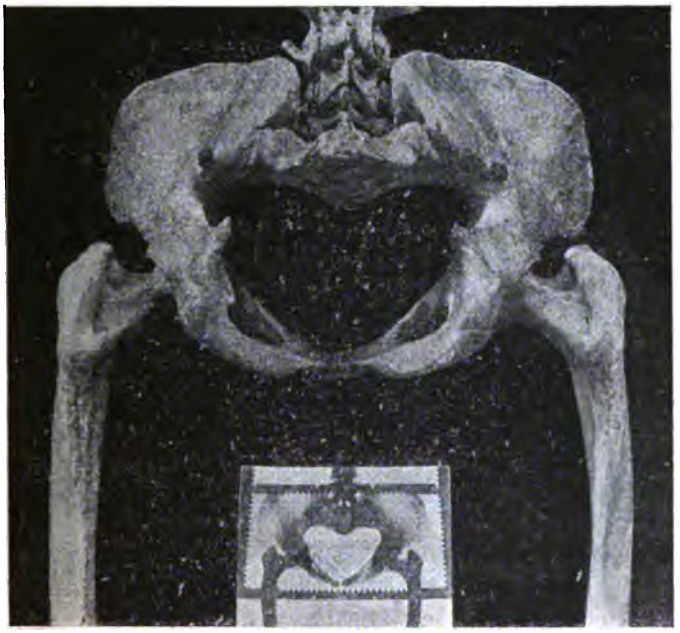


FIG. 2.

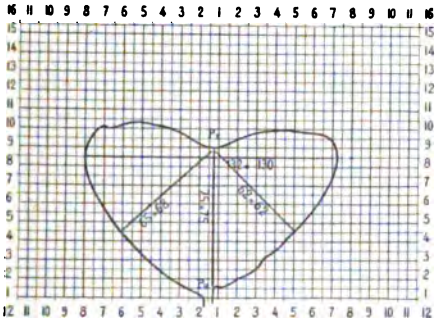


FIG. 3.

passant par le bord supérieur du pubis touche en arrière les épines iliaques postérieures et supérieures (fig. 5).

FIG. 4.

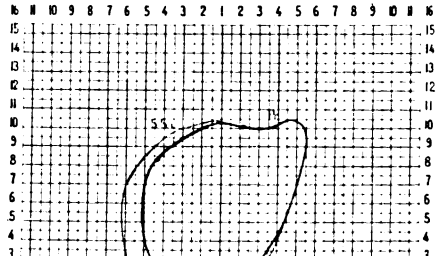


FIG. 4 *bis*.

Le trait appuyé (intérieur) est la correction de la figure 4. Le trait grêle
rappel du tracé 5 *bis*. Voyez l'écart en grisé (Réduction au 1

FIG. 5.

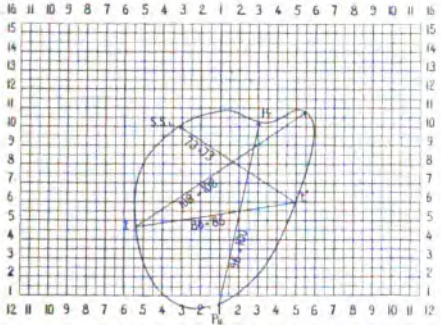


FIG. 5 *bis*.

Correction de la figure 5 ; c'est, vous le voyez aux doubles chiffres accompagnant les diamètres, le tracé à très peu près exact de l'entrée du bassin en expérience. Le cadre denté est cependant très loin de coïncider avec le plan du détroit supérieur.

Mettons au carreau et reportons sur papier quadrillé les deux radiographies ainsi obtenues (fig. 4 *bis* et 5 *bis*) : nous pourrons constater que le tracé corrigé qui se rapproche le plus de la vérité est celui (fig. 5 *bis*) de la radiographie dans laquelle le cadre *s'éloigne le plus du plan du détroit supérieur.*

Laissant de côté ces bassins très asymétriques, j'en reviens aux bassins rétrécis communs. J'admets que l'appareil de M. Fabre, placé *exactement* dans le plan du détroit supérieur, permette de restituer *exactement* la forme et les dimensions de ce détroit.

Il devient nécessaire, pour l'utiliser sur la femme vivante, de trouver des points de repère pratiques permettant l'exacte détermination du plan en question. Quiconque a quelque connaissance des nombreux instruments à ce destinés entrevoit du premier coup d'œil l'impossibilité d'arriver à une précision suffisante. Aussi M. Fochier à la suite de M. Fabre nous convie-t-il en pratique à adopter comme points de repère *approximatifs* les épines iliaques postérieures et supérieures. Il nous dit : « Dans les bassins normaux les épines en question coïncident suffisamment avec le plan du détroit supérieur.

« Dans les bassins généralement rétrécis rachitiques elles sont toujours au-dessous.

« Pour les aplatis, généralement rétrécis, leur situation est *essentiellement variable.*

« Enfin, *dans les bassins aplatis avec conservation ou agrandissement des diamètres transverses le plan du détroit supérieur coïncide avec le plan qui passe en arrière par les épines illiaques postérieures et supérieures.* »

Précisément le bassin sec qui a servi à la première partie de ma démonstration est un aplati pur avec conservation des transverses. Je l'ai pris dans le tas des aplatis. Regardez-le, je vous prie, de profil ; et vous verrez que le plan de son détroit supérieur est très loin de coïncider avec le plan que repèrent les épines iliaques postérieures et supérieures. J'aurais donc fait en pratique une grosse erreur en me conformant, pour l'exécution et l'interprétation de la radiographie métrique de ce bassin, sur la femme vivante, aux indications de M. Fochier.

Bref, la méthode de M. Fabre, que nous avons trouvée précise lorsqu'appliquée à certains bassins secs *suivant le plan du détroit supérieur*, devient approximative dès qu'on la veut appliquer à un bassin que les parties molles empêchent de repérer avec précision. On en est réduit, en effet, ou bien à disposer le cadre au jugé, d'après l'idée qu'on se fait par avance de l'inclinaison du détroit supérieur ; ou bien à le placer

ts de repère univoques, comme les épines iliaques postéieures, quitte à faire subir aux corrections de la mise corrections nouvelles dépourvues de toute précision.

lle la conclusion du résumé de M. Fabre : « Dans les le niveau du plan du détroit supérieur en arrière est ement aux épines iliaques postérieures et supérieures uffisamment avec ce plan dans le bassin normal. Des eprises sur le cadavre, pour apprécier l'importance de de, nous amènent à conclure que soit pour les obliques, l'antéro-postérieur, on peut avoir des erreurs dépassant mais que pour les mensurations des transverses ces nent pas un centimètre. »

faire, même au sujet des transverses, les plus expresses é stupéfait d'entendre M. Fochier nous dire que « les davériques de contrôle sur lesquelles s'appuient ces t *deux*, dont une seule complète. » Est-ce donc là une suffisante pour une méthode née il y a quatorze on plus à Lyon se procurer de cadavres ? Pourquoi peu de documents ?

e.

e radiographie métrique préconisée par M. Fabre, de 99, comme « *permettant de faire des mensurations précises adiographiques et d'obtenir en vraie grandeur la courbe du* (1) », ne donne plus aujourd'hui, de l'aveu même de son périmentation cadavérique (?) un peu tardive, que des *imatifs*... pour les transverses. Au point de vue métrique pas donner plus de *précision* pour le transverse, son que le procédé de premier jet très simple et sans on à l'exactitude indiqué par moi à Moscou : « pour le transverse du détroit supérieur, retranchez 2 centiensions de ce même diamètre sur l'épreuve radiogra- *dans les conditions par nous spécifiées* ».

qu'on ne se méprenne pas sur le sentiment qui m'a e la parole. Je ne suis pas réactionnaire, c'est connu ;

---

tif permettant de faire des mensurations précises sur les phiques par M. le professeur Fochier. Société de chirurn 1899. *Province médicale*, 24 juin 1899.

nie métrique, par le Dr FABRE. Extrait du *Lyon médical*, 1.

je suis prêt à accepter avec reconnaissance la pelvimétrie radiographique de *précision* d'où qu'elle vienne, a fortiori de l'École de mon très cher maître M. Fochier. J'ai voulu simplement montrer que nous ne la tenons pas encore et que nous en sommes toujours, à Lyon comme à Paris, aux *approximations* de la pelvimétrie par comparaison.

— **Bouchacourt** (Paris). — L'obtention de radiographies directes sur papier que M. Fochier vient de nous annoncer, de la part de M. Fabre, comme une découverte est loin d'être une nouveauté.

Les résultats que l'on obtient sont d'ailleurs très inférieurs à ceux que l'étude d'un bon cliché sur verre peut donner.

— **Fochier** (Lyon). — J'ai accepté par avance la critique de M. Varnier relative au nombre de nos expériences cadavériques en disant que nous n'avons pu trouver en temps utile à la Charité plus de deux cadavres.

Pour critiquer nos appréciations sur la position relative du plan du détroit supérieur et de la ligne qui réunit les épines iliaques postérieures et supérieures dans les bassins aplatis, M. Varnier apporte un bassin. Nous en avons douze. Son argument n'a donc au plus que le douzième de la valeur du nôtre.

A M. Bouchacourt je dirai que c'est la première fois qu'on applique le papier aux radiographies pelviennes.

2° Sur un nouveau procédé de mensuration du détroit supérieur par la radiographie.

— **Bouchacourt** (Paris) (1). — Les complications pratiques du procédé de la radiographie métrique, préconisé par MM. Fochier, Fabre et Destot, m'ont conduit à la réalisation d'une méthode plus simple et aussi exacte que la radiographie métrique, laquelle nécessite l'emploi d'un cadre spécial, lourd, embarrassant, et se tenant difficilement en équilibre à l'endroit convenable.

La méthode que je publie aujourd'hui repose tout entière sur les propriétés corrélatives des figures homologiques que forment :

D'une part, une ceinture pelvimétrique telle que le compas de Baudelocque, entourant le sujet dans le plan du détroit supérieur ;

D'autre part, les images radiographiques de ces deux lignes.

---

(1) Résumé de l'auteur.

Les travaux de Chasles sur les figures homologiques conduisent à un tracé géométrique très simple, donnant, par la seule construction de quelques lignes droites, la vraie longueur de tous les diamètres visibles sur la radiographie.

La restitution de la courbe du détroit supérieur est ainsi plus facile qu'avec l'emploi de la radiographie métrique, qui exige la construction d'une épure sur le négatif lui-même et la restitution de celle-ci sur un papier quadrillé spécial.

Les radiographies des deux bassins que je présente ici, et qui ont été faites toutes deux (1) par l'une et l'autre de ces méthodes, montrent que ces courbes de restitution sont également exactes, puisqu'elles sont à peu près identiques.

— **Fochier** (Lyon). — Les procédés géométriques de M. Bouchacourt sont trop peu pratiques pour être utilisés par les accoucheurs.

3° Bassin rachitique transversalement rétréci. Radio-pelvimétrie du détroit supérieur.

— **Maygrier** et **Bouchacourt** (2) (de Paris). — M. Maygrier a rapporté, en 1896 (3), l'observation d'une femme rachitique chez laquelle il avait pratiqué l'opération césarienne avec succès. Le bassin de l'opérée était particulièrement intéressant. Contrairement à la règle habituelle, le bassin de cette femme était rétréci transversalement dans toute sa hauteur, et à peine touché dans le sens antéro-postérieur. Sa forme se rapprochait du bassin de Robert, dont elle différait cependant totalement par l'absence de synostose sacro-iliaque et d'atrophie des parties latérales du sacrum. De là le *terme de* bassin à *forme* double oblique ovalaire dont M. Maygrier s'était servi pour en faire comprendre la configuration. Il reconnait que le mot « double oblique ovalaire » est déjà par lui-même défectueux. L'expression exacte est celle de *bassin rachitique transversalement rétréci*.

Depuis cette publication plusieurs observations cliniques de bassins

---

(1) Sur des femmes vivantes, c'est-à-dire sans contrôle possible (H. V.).

(2) Sténographie de la communication de M. Maygrier qui, par lettre du 16 août 1900, a mis « opposition absolue à la publication *in extenso* de son mémoire dans les *Annales de Gynécologie* ».

(3) *Annales de la Société obstétricale de France*, 1896, p. 73, et l'*Obstétrique*, 15 juillet 1896, p. 328.

viciés de cette façon ont été rapportées. Le Dr Salles (1) a fait en 1898 sa thèse sur ce sujet.

Les cas publiés sont, aujourd'hui, au nombre de 9.

L'existence de cette viciation rare du bassin n'est donc pas contestable.

La femme L... est devenue enceinte de nouveau. Elle se présenta à la Clinique Baudelocque où M. Varnier lui fit la symphyséotomie, le 30 mai 1898, avec succès pour la mère et l'enfant. Mais la viciation du bassin ne fut pas interprétée par M. Varnier comme elle l'avait été par M. Maygrier et par Tarnier. Et M. Varnier a demandé à la radiographie la preuve que le bassin n'avait nullement la conformation décrite par M. Maygrier.

Voici, d'ailleurs, comment il s'est exprimé à ce sujet dans la séance du 2 juin 1899 de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, à propos d'une communication du professeur Gaulard sur un bassin à forme double oblique ovalaire :

« Je voudrais simplement, à propos du bassin de la femme L..., vous montrer combien, en fait de pelvimétrie et d'indications opératoires, les procédés classiques d'exploration sont sujets à caution ; attirer votre attention sur la supériorité, en ces matières, de la pelvigraphie et de la pelvimétrie par les rayons X ; convaincre enfin M. Gaulard de l'utilité qu'il y aurait, avant de classer le bassin de son observation personnelle, à en avoir une radiographie.

« J'ai opéré et radiographié dans le service de mon maître, M. Pinard, à la Clinique Baudelocque, la femme L..., sujet de l'observation princeps de la « nouvelle espèce de bassin rachitique » dite « à forme double oblique ovalaire », dont M. Gaulard croit avoir rencontré un nouveau cas.

« Vous allez pouvoir vous convaincre, pièces en mains, des quatre points suivants :

« 1° Le bassin de la femme L... n'a aucune analogie avec le bassin de Robert et, par suite, aucun titre à la dénomination, d'ailleurs critiquable même pour ce dernier, de double oblique ovalaire ;

« 2° Il est parfaitement symétrique ;

« 3° Il appartient à une espèce connue et classée depuis longtemps sous le titre de *bassin aplati généralement rétréci ;*

---

(1) SALLES. *Étude sur les bassins rachitiques transversalement rétrécis.* Thèse Paris, 1898.

« 4° Il est parfaitement capable de permettre la sortie d'un enfant vivant par les voies naturelles. »

Et M. Varnier donne la reproduction au trait (calqué) du bassin de L..., tel qu'il apparaît sur les clichés radiographiques qu'il a obtenus. Cette figure est en effet celle d'un bassin généralement rétréci.

La radiographie semblait donc démontrer que M. Maygrier avait cru voir une forme non décrite de bassin rachitique, rétréci dans le sens transversal, là où il n'y avait qu'un bassin généralement rétréci.

Mais on sait qu'il est impossible de déterminer d'une manière exacte, par la radiographie simple, la configuration et les dimensions des objets soumis à l'action des rayons X. C'est pour cette raison que, pour le bassin en particulier, MM. Fabre et Fochier, de Lyon, ont imaginé leur procédé de radiographie métrique.

M. Maygrier a eu l'occasion de revoir la femme L..., et M. Bouchacourt a radiographié de nouveau son bassin en appliquant à cette radiographie les procédés de mensuration qui seuls permettent d'obtenir la configuration exacte du bassin, et de corriger les erreurs de dimension que comporte toute épreuve radiographique ordinaire.

M. Maygrier montre la radiographie du bassin suivant la méthode indiquée par MM. Fabre et Fochier en 1899, avant toute correction.

Il montre la radiographie du même bassin avec *le compas de Baudelocque*, modifié d'après la méthode de M. Bouchacourt.

Dans ces deux figures le bassin semble bien avoir la forme que lui a assignée M. Varnier : *elles sont du reste semblables à son calque.*

M. Maygrier montre ensuite la restitution de la courbe du détroit supérieur obtenue à l'aide des deux procédés précédents, qui donnent un résultat identique. Cette figure, qui est la reproduction exacte et en grandeur naturelle du détroit supérieur de la femme L..., démontre l'existence d'un bassin transversalement rétréci, légèrement asymétrique, présentant en un mot les caractères que M. Maygrier lui avait assignés, de par la clinique.

Les chiffres montrent péremptoirement quelles erreurs on peut commettre en se basant sur une radiographie ordinaire pour déterminer la forme d'un bassin.

	DIMENSIONS APPARENTES	DIMENSIONS RÉELLES
Diamètre oblique droit.....	110 millim.	122 millim.
— — gauche.....	106 —	116 —
Diamètre transverse maximum.	128,5 —	115 —
Écart entre les pubis.....	13 —	9 —

La mensuration du diamètre promonto-pubien a été impossible, M. Bouchacourt ayant essayé vainement d'atteindre le promontoire. Comme conséquence, on ne peut déterminer non plus le diamètre transverse utile, le médian. Malgré cette restriction, on serait en droit d'estimer par l'exploration interne que le diamètre promonto-pubien minimum est très peu rétréci, et qu'il doit mesurer au moins dix centimètres. Si ce chiffre est exact, le transverse médian serait également de dix centimètres. Il est à remarquer que le bassin radiographié par M. Bouchacourt ayant été ouvert par la symphyséotomie, il existe un écartement au niveau de la symphyse pubienne (9 millim.). Les diamètres transverses se trouvent ainsi un peu plus grands qu'ils ne l'étaient lors du premier examen.

Discussion.

— **Varnier.** — Il est entendu depuis longtemps que la radiographie « simple », non compliquée d'appareils de Fabre ou de Bouchacourt, donne du bassin une image quelque peu déformée. Il ne faudrait pourtant pas essayer de nous faire croire que cette déformation puisse aller jusqu'à donner d'un bassin genre Robert, transversalement aplati, une image aplatie d'avant en arrière et généralement rétrécie !

Quiconque connaît un peu la question sait à quoi s'en tenir à ce sujet.

Je me contenterai donc de placer sur le tableau, devant vous :

1° Le calque de la radiographie « simple » du bassin de la femme L. (fig. 1, page 148), que M. Maygrier reconnaît « semblable aux figures radiographiques obtenues par lui » ;

2° Le calque de la radiographie d'un bassin normal (fig. 2, page 149);

3° Le calque d'un bassin transversalement aplati de Robert (fig. 3, page 149).

Après quoi je suis bien forcé de dire que, avec la plus grande bonne volonté, il m'est impossible de trouver l'ombre d'une ressemblance entre le bassin de Robert et le bassin de la femme L... ; ni de reconnaître au bassin de L... aucun des caractères à lui reconnus en clinique par M. Maygrier.

N'êtes-vous point frappés, comme moi, de voir les flèches des cordes qui joignent les symphyses sacro-iliaques aux pubis à peu de chose

près semblables sur le bassin normal (39 mm.) et sur le bassin de la femme L... (34 mm.) ? N'êtes-vous pas portés à conclure, comme moi :

Les lignes innominées du bassin de L... ne sont nullement « *redressées et à peu près rectilignes*, comme dans le bassin de Robert » ; elles ne viennent pas, en avant, « *aboutir presque à angle aigu à la symphyse pubienne*, comme dans le bassin de Robert »

Le bassin de la femme L... est parfaitement symétrique, alors que M. Maygrier en avait jugé « *la moitié droite plus étroite que la gauche*, et la symphyse pubienne reportée un peu à gauche », etc.

Bref, le bassin de la femme L... appartient à une espèce connue et classée depuis longtemps sous le titre de bassin aplati généralement rétréci.

Il a en effet, comme tout bassin de ce genre qui se respecte, *un diamètre transverse plus grand que son antéro-postérieur*.

En effet le transverse (pelvimétrie par comparaison) mesure au moins 11 centim. alors que le diamètre promonto-sous-pubien est estimé par M. Pinard à 11 centim. Déduisez ce que vous voudrez sur ce dernier chiffre : 15 millim. ou 20 millim. ; c'est 95 ou 90 millim. qui restent pour le diamètre antéro-postérieur utile.

Ai-je besoin, après la discussion qui a précédé cette communication (p. 131 à 142), d'insister sur la valeur *nulle* de la preuve radiométrique que prétend nous apporter M. Maygrier.

Pour nous prouver que le diamètre antéro-postérieur n'est pas rétréci, il nous montre un tracé obtenu à l'aide de l'appareil de M. Fabre, de Lyon, et un tracé obtenu à l'aide de l'appareil dont M. Bouchacourt vient de nous dire qu'« il ne vaut ni plus ni moins que celui de M. Fabre ». « Seuls, dit M. Maygrier, ces procédés permettent d'obtenir la configuration *exacte* du bassin. » « Cette figure, ajoute-t-il, est la reproduction *exacte* et en grandeur naturelle du bassin de la femme L... »

M. Maygrier n'a-t-il donc pas, comme nous, entendu M. Fochier proclamer tout à l'heure que « en pratique si le procédé de Fabre pouvait servir à la mensuration approximative du transverse, il ne saurait donner l'antéro-postérieur qu'avec des écarts supérieurs à 1 centimètre ». Dès lors les tracés en question sont de nulle valeur dans ce débat, qui n'a rien de particulièrement international et que je n'ai point soulevé !

Je persiste à refuser de reconnaître au bassin de la femme L..., tel que me le montre la radiographie « simple », les caractères que lui assigne, sans l'ombre d'une preuve, M. Maygrier.

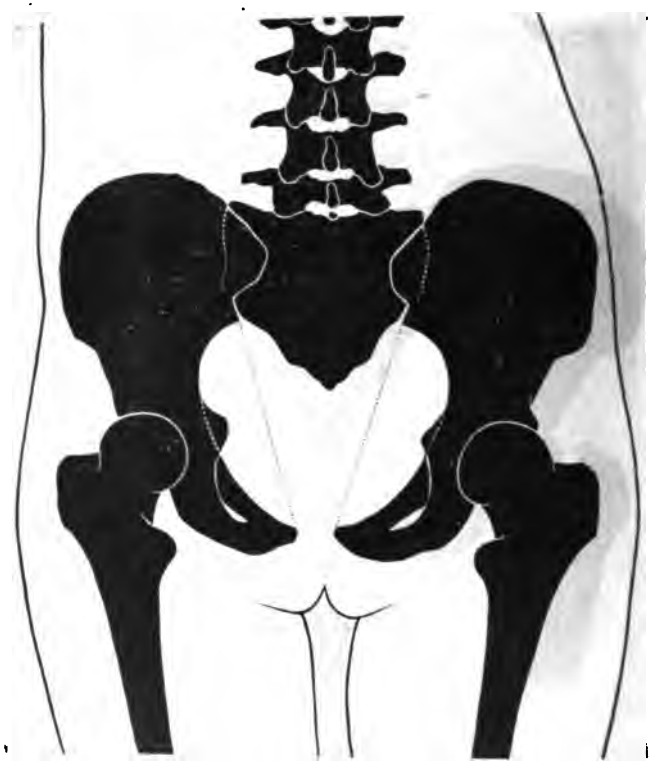


FIG. 1. — Bassin de la femme L...

Les figures 1 et 2 représentent, réduits au quart, les calques des radiographies du bassin de la femme L... et d'un bassin normal. Il nous apparaît que le bassin de la femme L... (fig. 1) ressemble au bassin normal (fig. 2), réduit dans toutes ses dimensions, et pas du tout au bassin double oblique ovalaire de la figure 3.

Vous voyez bien que le bassin de L... est symétrique ; que ses lignes innominées ne sont nullement « redressées et à peu près rectilignes » ; qu'elles ne viennent pas, en avant, « aboutir presque à angle aigu à la symphyse pubienne ». Les cordes des arcs innominés sont tracées en pointillé sur les figures 1 et 2. Comparez avec la radiographie du bassin double oblique, ovalaire de P. Dubois (fig. 3), variété, à *ailerons sacrés*, du bassin dit de Robert, « à lignes innominées redressées et à peu près rectilignes » (n° 496 c. du musée Dupuytren, radiographié dans les mêmes conditions et à la même échelle que les précédents).

Ce bassin de P. Dubois a 90 millim. de diamètre utile antéro-postérieur pour 85 millim. de transverse maximum. C'est donc un type de « bassin transversalement rétréci » ou à antéro-postérieur prédominant. Comparez sa silhouette à celle du bassin de L...

FIG. 2. — Bassin normal.

FIG. 3. — Bassin de P. Dubois.

— **Pinard.** — J'ai vu cette femme et j'ai examiné son bassin. J'ai atteint l'angle sacro-vertébral. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 11 centim. Donc, quelle que soit la déduction, vous ne pouvez pas ne pas admettre que le diamètre promonto-pubien minimum ne soit vicié.

Maygrier. — Il maintient que l'examen clinique et la radio-pelvimétrie établissent que le bassin de la femme L... est un bassin transversalement rétréci. L'examen clinique lui avait montré, ainsi qu'à Tarnier, que l'angle sacro-vertébral était à peine accessible.

Pinard. — Le reproche capital que je fais à l'observation de M. Maygrier et aux huit observations sur lesquelles il s'appuie pour créer une nouvelle espèce de bassin rachitique est qu'elles sont purement cliniques. Lorsqu'il aura en mains un bassin répondant au type qu'il veut créer et, seulement à ce moment, il pourra légitimer sa description.

4° Histoire d'une symphyséotomie. — Suites éloignées. — Radiographies.

— **Jacob** (1) (Marseille). — Le 6 octobre 1898, nous sommes appelé auprès d'une jeune femme qui « ne peut accoucher ». A notre arrivée, nous constatons que cette femme est de petite taille (1m. 51) ; la tête fœtale est mobile au-dessus du détroit supérieur. Nous percevons un mouvement actif. Le toucher donne 87 millim. comme diamètre promonto-sous-pubien. La poche des eaux avait été rompue.

L'agrandissement du bassin s'imposait. Proposé, il fut accepté. Mais il nous fut impossible d'obtenir qu'on ne tentât pas au préalable une application de forceps. Nous insistons sur ce point : toutes les symphyséotomies devraient être pratiquées *d'emblée*.

Malgré tout, l'enfant étant vivant, nous pratiquons l'agrandissement du bassin (l'écarteur de Farabeuf = 6 cent.). La tête descend dans l'excavation. Forceps. Extraction d'un enfant vivant. Rapprochement des pubis, trois sutures au fil d'argent.

Nous vous soumettons deux épreuves radiographiques. On dirait qu'il s'agit d'une symphyse non sectionnée.

La femme et l'enfant dont il est ci-dessus question sont aujourd'hui en excellente santé.

— **Pinard.** — L'observation de M. Jacob prouve une fois de plus

(1) Résumé de l'auteur.

que la symphyséotomie peut être pratiquée partout en dehors des Maternités.

5° Pince porte-lacs pour l'extraction du siège décomplété mode des fesses, pouvant servir d'embryotome.

— **Tsakiris** présente l'instrument.

6° Sur la méthode de l'induction unipolaire appliquée à la production des rayons de Röntgen. Ses avantages et ses applications à l'endodiascopie vaginale.

— **Bouchacourt** (Paris). — Le praticien se portera de plus en plus vers la radioscopie quand elle lui donnera, comme la méthode unipolaire, un mode d'investigation inoffensif et aussi complet qu'une radiographie ordinaire sans perte de temps.

Cette méthode appliquée à l'endodiascopie vaginale permet d'avoir des renseignements intéressants sur la symphyse pubienne, sur le sacrum, etc.

Mercredi 8 août, séance de l'après-midi (séance de clôture)

Présidence de M. Treub (Amsterdam).

1° Tuberculose et grossesse.

— **Bernheim** (Paris).

2° Appendicite et accouchement.

— **Alphonse Herrgott** (1) (Nancy). — Depuis que les altérations de l'appendice iléo-cæcal sont mieux connues et que l'attention des accoucheurs a été particulièrement attirée, en 1894, par Paul F. Munde (2), sur les complications qu'entraîne l'appendicite pen-

(1) Manuscrit remis par l'auteur à la Rédaction des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

(2) *Medical Record*, 1er décembre 1894 et *The Medical News a weekly Journal of medical Science*, New-York, 1897, n° 20.

dant la grossesse, les travaux sur cette importante question de pathologie obstétricale se sont multipliés. Je rappellerai surtout ceux de Munde, de R. Abrahams (1), de Hlavatschek (2), de George Pack (3), de Legendre (4), de Vinay (5), de Bouillier (6), de Jarca (7), de Dieulafoy (8), de Pinard (9), de E. Fränkel (10), de Segond (11), de Fieux (12), d'Otto Falk (13), de Th. Weiss (14), on le voit, ils sont déjà nombreux ; aussi je n'essaierai pas de faire une étude approfondie et complète de l'appendicite dans ses rapports avec la gestation.

Mon but est plus modeste, il est plus restreint ; il est, je dirais volontiers, plus « localisé ». M. Pinard, dans la communication qu'il faisait à l'Académie de médecine, le 22 mars 1898, disait « que l'appendicite pendant la grossesse devait être traitée chirurgicalement, plus rapidement que dans n'importe quel autre cas ». Le 16 février 1899, se basant sur de nouveaux faits qu'il avait eu l'ocasion d'observer, il formulait la règle que « toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commandait l'intervention ». Enfin, dans une troisième communication faite sur le même sujet le 16 mars dernier, notre collègue insistait sur la marche insidieuse de l'appendicite pendant la grossesse, qui « prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité ».

Ce sont deux nouveaux exemples de cette *exceptionnelle gravité* de l'appendicite survenant à *la fin* de la gestation, *au moment du travail*, que je viens rapporter :

---

(1) *American Journal of Obstetrics*, 1897, vol. XXXV.

(2) *Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft zu Wien*, 22 juin 1897, et *Monatsch. fur Geburt. und Gynæk*, Bd VI, Hft 4.

(3) *Amer. journ. of Obstetrics*, octobre 1897.

(4) *Revue pratique d'Obstétrique et de Pædiatrie*, p. 200, 1897.

(5) *Lyon médical*, 2 janvier 1898.

(6) Thèse de Lyon, 1897.

(7) Thèse de Paris, 1898, 13 janvier.

(8) *Clinique médic. de l'Hôtel-Dieu*, p. 314.

(9) Communications à l'*Académie de médecine* le 22 mars 1898, le 16 février 1899, et le 6 mars 1900.

(10) *Sammlung Klin. Vorträge*, N. F., n° 229, novembre 1898.

(11) *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, le 3 mars 1899

(12) *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*, 1899, p. 265.

(13) *Centralblatt fur Gynækologie*, 17 février 1900, p. 193.

(14) *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1899 et 15 juin 1900.

I. — Le 9 avril 1899, la nommée M. T..., 19 ans, primipare, entre à la Maternité de Nancy. Elle n'avait jamais été malade.

Régulièrement menstruée depuis l'âge de 13 ans, elle aurait eu ses dernières époques vers la fin de juillet ou d'août, elle ne saurait préciser davantage.

Sa grossesse se serait passée sans troubles ni phénomènes sympathiques trop marqués ; toutefois, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle aurait eu une poussée grippale de cinq à six jours, caractérisée par de la céphalée, de la courbature, par un peu de bronchite et par de l'anorexie, mais sans vomissements ni douleurs abdominales.

Cette indisposition semblait terminée lorsque dans la nuit du 8 au 9 avril elle ressentit subitement de très fortes coliques dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle put néanmoins se lever et aller dans une auberge voisine prendre une boisson alcoolique dans l'espoir de faire cesser ces douleurs abdominales. Malgré cela, les coliques continuèrent. La malade se recoucha, mais elle ne tarda pas à être prise de vomissements. Elle se leva pour vomir et à ce moment, perdant connaissance, *elle tomba sur le ventre*, la tête en avant. Des voisins accourus à son secours la transportèrent sur son lit. Elle eut encore, de 5 heures à 11 heures du matin, cinq à six syncopes toujours accompagnées de vomissements jaune verdâtre.

Se trouvant mieux dans le courant de l'après-midi, cette femme se leva et put même faire une course assez longue ; mais, dit-elle, « pliée sur elle-même », à cause de la douleur abdominale qu'elle éprouvait.

Dans la soirée, nouvelle syncope accompagnée, comme les précédentes, de vomissements alimentaires.

Peu après, elle ressentit des douleurs dans la région lombaire qui la décidèrent à aller à la Maternité où elle entra le 9 avril, vers 10 heures du soir.

A son arrivée, on trouve que le col n'est pas effacé. On lui donne dans le courant de la nuit un lavement laudanisé pour calmer les douleurs abdominales qui avaient reparu.

Le 10, la température est à 38°,7, et le pouls à 120.

La malade accuse une sensibilité abdominale diffuse. L'utérus, en état de tension permanente, est douloureux dans toute son étendue ; aussi la malade se plaint-elle continuellement.

Dans la soirée, les douleurs sont toujours aussi vives. Elles continuent le lendemain 11 avril ; cependant le pouls est un peu moins fréquent, 114 ; la température est de 37°,4. La face n'est pas grippée, et

mité de l'appendice sous-jacente à la perforation est noirâtre et tuméfiée ; elle est le siège d'un processus de gangrène très avancée.

L'appendice ne contient pas de calcul stercoral.

L'*examen bactériologique du placenta*, ainsi que du liquide péritonéal recueilli pendant la laparotomie sur des compresses stérilisées, a été fait dans le laboratoire du professeur Macé par M. Thiry.

L'examen des faces utérine et fœtale du placenta, ainsi que du sang contenu dans le cordon n'a pas permis de constater l'existence de bactéries ; toutes les cultures sont demeurées stériles.

Quant à l'*examen direct du liquide* des compresses, il montre de très rares leucocytes. Sur 7 préparations on ne voit pas de bactéries ; une fois seulement on trouve une courte chaînette formée de microcoques conservant le Gram.

Quant aux cultures sur bouillon, gélose et sérum coagulé, elles donnent : 1° un bacille mobile, décoloré au Gram, faisant fermenter la lactose qui paraît être un *coli-bacille ;*

2° Un long bacille très mobile, colorable au Gram, souvent en longues chaînettes ; ce bacille, qui liquéfie très rapidement le sérum après l'avoir peptonisé, semble être constitué par le *bacillus Zopfii* ou par une espèce voisine, très probablement également d'origine intestinale ;

Enfin 3°, avant que les colonies de ce long bacille et celles du coli-bacille ne se montrent sur le sérum, on trouve, dans les cinq premières heures de l'ensemencement, quelques fines colonies formées par le microcoque en courtes chaînettes entrevu à l'examen direct. Il est probable qu'il s'agit d'un streptocoque.

Je n'insisterai pas sur les difficultés que le diagnostic de cette appendicite survenant à la fin de la grossesse, un peu avant le début du travail, a pu présenter.

En l'interrogeant, la malade nous avait dit, il est vrai, qu'elle avait eu au début des coliques plus marquées à droite que dans le reste de l'abdomen ; mais quand elle est entrée à la Maternité, elle insistait surtout sur la chute qu'elle avait faite et sur la contusion abdominale qui en était résultée et qui, d'après elle, était le point de départ de ses souffrances.

De plus, la région appendiculaire ne semblait pas particulièrement sensible ; c'était dans le flanc gauche que se trouvait la matité, c'est là aussi que se trouvait le plus de sensibilité.

L'autopsie nous a rétrospectivement montré comment ce drame pathologique avait dû se dérouler.

Cette femme arrivée à la fin de sa grossesse avait eu la grippe ; j'insiste sur ce fait, car, comme M. Faisans, je crois que cet état infectieux, en accentuant la virulence des bacilles de l'intestin, a une grande importance dans la pathogénie de l'appendicite; puis, quelques jours après, elle avait ressenti des douleurs abdominales très vives causées par une poussée d'appendicite aiguë, avec ulcération de cet organe. De fausses membranes s'étaient formées ; on aurait pu espérer que le mal resterait localisé ; mais cette malade était près du terme, et le travail en débutant avait considérablement aggravé la situation. Il avait rompu les membranes protectrices qui avaient pu se former et avait ainsi facilité la dissémination dans la cavité péritonéale de germes infectieux d'origine intestinale, ainsi que l'analyse bactériologique l'a nettement démontré, de sorte que quand on est intervenu, six heures après la fin de l'accouchement, c'était déjà trop tard : la péritonite était généralisée, la malade était infectée.

Il est évident que si un médecin avait été appelé dès le début de l'explosion de cette appendicite et si, reconnaissant la véritable cause des douleurs abdominales, il avait pu opérer avant le début du travail, les conditions auraient été moins défavorables ; mais malgré cela la situation demeurait toujours extrêmement sérieuse.

Les observations déjà nombreuses publiées par les auteurs que j'ai cités au début de cette étude sont là pour confirmer ce fâcheux pronostic, alors même qu'on intervient à un moment où en temps normal, en dehors de la gestation, on pourrait escompter un succès. Si le travail se déclare, les conditions changent brusquement ; le pronostic devient d'une gravité exceptionnelle.

L'observation que je vais rapporter en est un nouvel exemple :

Cette fois, le cas est beaucoup plus simple. Il s'agit d'une femme enceinte de notre service, et le diagnostic a pu en quelque sorte être porté au moment même de l'éclosion des accidents.

II. — Mme I. E..., 23 ans, primipare, a toujours été bien portante. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 juin 1899 ; l'accouchement devait donc se faire vers le 25 mars 1900.

Le 4 mars, elle demande à être admise à la Maternité pour un œdème assez accusé des membres inférieurs. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Cet œdème disparut rapidement sous l'influence du repos et du régime lacté. Tout semblait devoir se passer normalement, le fœtus se présentait par le sommet, il n'y avait pas de rétrécissement

pelvien, lorsque le 16 mars, à 6 heures du matin, cette femme ressent une douleur abdominale généralisée ayant son maximum dans les fosses iliaques gauche et droite, mais sans prédominance à droite. Le palper exaspérait cette douleur. L'utérus semble tendu, contracté.

Le toucher très douloureux ne permet pas de découvrir une modification appréciable de nature à légitimer l'hypothèse d'un début de travail. Les culs-de-sac sont libres et ne sont le siège d'aucun empâtement. Comme cette malade était d'habitude très nerveuse et très impressionnable, je crus qu'un lavement laudanisé la calmerait. La température était à 37°,2.

Mais à 6 heures du soir, mon chef de clinique, M. Vial, ayant trouvé la température à 39° et le pouls à 130, vient m'informer de l'aggravation survenue.

La douleur abdominale est toujours très vive ; toutefois elle ne se manifeste que quand la malade essaie de se retourner dans son lit. Mais la palpation me permet de localiser le maximum de cette douleur au niveau de la région appendiculaire où il existe aussi une légère diminution de sonorité.

Enfin, il n'y a pas eu de selle ni d'émission de gaz depuis la veille.

En présence de ces symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer une appendicite. Cette opinion est partagée par mon collègue M. Weiss qui, très obligeamment, avait encore bien voulu répondre à notre appel.

Nous étions aussi tous les deux d'avis qu'il serait désirable que l'on pût intervenir immédiatement; mais, tout en le regrettant, nous avons pensé que vu l'heure avancée et la difficulté d'une intervention aussi grave dans les conditions défectueuses d'installation où nous nous trouvions, il était plus prudent d'attendre jusqu'au jour; le facies n'était pas mauvais, et, de plus, il n'y avait eu, jusqu'ici, ni vomissements ni nausées.

Après une nuit relativement calme, la température se maintenant à 39° et le pouls à 130, la malade, qui avait eu un premier vomissement à 5 heures du matin, est transportée à 9 heures dans le service du professeur Weiss qui intervient aussitôt.

Il incise la paroi abdominale suivant la méthode de Roux. A l'ouverture du péritoine il se produit un écoulement de sérosité péritonéale purulente et fétide. On lave avec de l'eau distillée. Au niveau de la plaie opératoire, la trompe droite sillonnée de veines variqueuses énormes vient faire hernie. M. Weiss la repousse et, le doigt introduit dans la cavité péritonéale qui ne se trouve arrêtée par aucune adhé-

rence, il va à la recherche de l'appendice qu'il trouve avec beaucoup de peine, à 15 centim. de profondeur, derrière l'utérus gravide. Il réussit à l'amener au dehors, le lie à son insertion et le résèque au thermo-cautère.

Après avoir lié le méso-appendice à sa base, il laisse un drain de gaze aseptique, à la Mickulicz, dans la plaie opératoire dont il rétrécit légèrement les deux extrémités.

L'appendice enlevé présente à son extrémité *une plaque jaunâtre de sphacèle de l'étendue d'une pièce de 50 centimes*. Il n'y a pas de calcul stercoral.

Le lendemain, le 18, l'état général est le même ; de plus, le col s'est effacé, il a même un commencement de dilatation. Pour enrayer dans la mesure du possible ce début de travail, on donne à la malade un lavement laudanisé.

Le 19, le ballonnement a augmenté ; la malade est oppressée et la compresse de gaze qui fait drain est à peine imbibée.

La dilatation s'est un peu accentuée depuis la veille ; à 2 heures, elle est comme une paume de main. A ce moment on rompt les membranes avec l'espoir d'accélérer la marche d'un travail qu'on n'avait pu arrêter.

A 5 heures, la dilatation étant complète, pour épargner à la femme les dangers d'une expulsion longue et laborieuse on termine l'accouchement avec le forceps et on extrait une fille de 2,800 grammes.

Immédiatement après la délivrance la température était de 37°,5, le pouls marquait 120.

J'espérais qu'un mieux allait se produire ; mon illusion fut de courte durée.

Le 20. Le ballonnement est énorme, malgré plusieurs selles obtenues avec une prise de calomel.

Comme le drain à la gaze fonctionnait mal, on le remplace par un tube en caoutchouc par lequel il s'écoule une grande quantité de pus.

Puis les phénomènes infectieux augmentent peu à peu ; le délire s'empare de la malade qui succombe le 23 mars dans la soirée.

A l'*autopsie*, on trouva dans le péritoine une série d'abcès secondaires qui n'avaient pu être découverts et qui avaient causé la mort.

Quant à l'appendice réséqué, l'*examen histologique* qui en a été fait par le Dr Hoche, chef du laboratoire d'anatomie et pathologie cliniques, permet de constater l'existence de deux zones différentes.

Une zone supérieure, relativement indemne, ne présentant qu'une

hypersécrétion muqueuse des glandes appendiculaires, l'infiltration embryonnaire des couches conjonctives externes et l'absence des follicules clos.

La zone inférieure présente tous les indices d'une inflammation chronique permanente caractérisée par une augmentation des fibres conjonctives, une infiltration embryonnaire très abondante avec un grand nombre d'éléments polynucléaires.

Il y a de plus beaucoup de vaisseaux de nouvelle formation et de plus une atrophie marquée des tubes glandulaires qui sont enserrés, étouffés entre les travées conjonctives.

Au pourtour de l'appendice, les lésions sont beaucoup plus marquées, elles montrent des foyers d'inflammation aiguë et même suppurative.

Cet examen semble donc démontrer qu'il s'agit vraisemblablement de lésions aiguës récentes développées sur un organe déjà altéré par une inflammation antérieure.

Ce sont les lésions d'une *appendicite cicatricielle chronique avec périappendicite aiguë*.

Ainsi, cette malade, pas plus que la précédente, n'a pu être sauvée ; nos efforts sont demeurés impuissants.

Ces deux faits me paraissent mettre en évidence l'influence de l'accouchement sur le traitement de l'appendicite. Cette action nocive du travail est bien de nature à engager le médecin à opérer la femme susceptible de devenir enceinte lorsqu'elle est atteinte d'appendicite.

Sans doute, le plus habituellement, il ne peut pas choisir le moment d'une intervention qui lui sera imposée par les circonstances, mais lorsqu'il aura le choix et qu'il se trouvera auprès d'une jeune femme atteinte d'appendicite, il ne devra pas oublier la fâcheuse influence de la parturition.

Le souvenir de cette nocivité le poussera à agir chirurgicalement, en dehors de la gestation, dans des conditions toutes différentes et bien autrement favorables.

Discussion.

— **Gottschalk** (Berlin). — Rapporte un cas de péritonite suppurée par perforation de l'appendice, avec guérison.

L'appendice avait été laissé en place et un bon drainage établi.

— **Hagapoff** (Constantinople). — J'ai ponctionné une collection

purulente d'origine appendiculaire chez une femme enceinte de 8 mois; elle n'a pas été opérée, elle a guéri et accouché à terme.

— **Herrgott.** — A dans sa communication voulu insister sur l'action fâcheuse du travail sur la marche de l'appendicite (rupture des adhérences, généralisation de la péritonite). Il est donc préférable d'intervenir chirurgicalement avant la grossesse chez toute femme atteinte d'appendicite et susceptible de devenir mère.

3° Utilité du traitement à ciel ouvert des suites de couches pathologiques.

— **Chaleix-Vivie** (de Bordeaux). — Dès l'apparition d'accident d'ordre génital, il ne faut pas s'attarder à donner, *à bout de doigt*, les injections utérines, manœuvre aveugle, difficile et insuffisante. Le vagin étant largement ouvert au moyen de valves, il faut avec soin inspecter au grand jour les parois, les culs-de-sac, la surface du col : souvent une eschare ou une plaque de sphacèle échappée au toucher maintient un apport d'élément septique que supprimera un pansement modificateur opportun. De même pour l'utérus : le col étant fixé, *sans abaissement*, une curette *tranchante* en parcourra tous les points lentement et méthodiquement ; écouvillonnage, lavage, puis drainage utérin à la gaze iodoformée. Ces manœuvres n'exigent pas l'anesthésie, elles sont inoffensives entre des mains soigneuses, et, faites à temps, suffisent à éviter les accidents puerpéraux immédiats et à prévenir les troubles ultérieurs d'ordre gynécologique.

4° Rétention des membranes après l'accouchement.

— **Maygrier** (Paris) (1). — J'ai relevé à la Maternité de la Charité 142 cas de rétention des membranes après l'accouchement, du 1er mars au 1er juillet 1900, sur 1,939 accouchements (7,32 p. 100).

Ce chiffre paraît relativement considérable; mais il ne comprend pas seulement les cas où la délivrance a été faite d'une façon défectueuse par des élèves inexpérimentés ; il englobe tous les cas où l'accident est inévitable, comme lorsqu'il y a mort et macération du fœtus et rétention de la caduque, friabilité extrême des membranes, etc.

Chez 92 femmes, on a fait de l'expectation pure et simple : antisepsie vaginale et vulvaire. Il y a eu 14 fois des accidents.

Chez 14 femmes, on a extrait immédiatement les membranes avec la main ; il n'y a eu aucun accident.

(1) Résumé de l'auteur.

Chez 35 femmes, on a posé un fil sur les membranes retenues, suivant la méthode de Tarnier ; il y a eu 4 fois des accidents infectieux.

Chez une femme, on a fait d'emblée l'écouvillonnage de l'utérus ; les suites de couches ont été apyrétiques.

Des 18 femmes qui ont eu des accidents, 2 sont mortes d'infection : chez l'une on avait posé un fil sur les membranes ; l'autre avait une rétention de la caduque après mort et macération du fœtus (1,40 p. 100 de mortalité).

Conclusions. — En cas de rétention complète ou incomplète des membranes, il y a lieu d'intervenir immédiatement après l'accouchement pour les extraire, soit avec la main, soit par l'écouvillonnage, toutes les fois que l'asepsie de l'utérus est douteuse (rupture prématurée des membranes, liquide amniotique fétide, etc.), ou à la moindre élévation de température. C'est l'intervention *prophylactique* déjà préconisée par le professeur Budin.

L'application d'un fil sur les membranes demande une grande surveillance et peut exposer à des accidents.

5° Quelques remarques à propos de l'établissement de la sécrétion lactée.

— **Budin** (1). — A. — Après l'accouchement, la sécrétion lactée met quelquefois un certain temps à s'établir de manière à être suffisante ; nombreux faits qui le prouvent. Il ne faut pas désespérer trop vite ; on doit s'efforcer d'aider à son établissement ; l'allaitement mixte, pratiqué temporairement, peut rendre de grands services.

B. — Chez les femmes dont les seins fonctionnent bien, on obtient généralement une quantité de lait qui varie avec la demande et il est curieux de voir combien cette production peut être considérable.

C. — On peut parfois obtenir le rétablissement de la sécrétion lactée chez des femmes qui ont cessé de nourrir depuis un certain nombre de semaines.

Discussion.

— **Lepage** (Paris). — L'allaitement mixte proposé par M. Budin pour aider l'établissement de la sécrétion lactée peut, en pratique, s'il est mal surveillé et mal compris, offrir plus d'inconvénient que l'allaitement maternel seul, même insuffisant pendant quelques jours. L'al-

(1) Résumé de l'auteur.

laitement mixte est en effet, en somme, un allaitement pathologique.

La surveillance de l'allaitement par le lait stérilisé est délicate. Enfin il est à craindre que l'enfant auquel on donne une nourriture supplémentaire ne tette plus avec avidité le sein maternel et ne favorise pas par succion la sécrétion lactée.

— **Thoyer-Rozat** (Paris). — Rapporte un fait montrant que la sécrétion lactée peut reprendre après huit semaines de cessation de l'allaitement.

— **Budin**. — M. Lepage et moi, nous sommes d'accord sur le fond, ce n'est que sur la façon de procéder que nous différons. L'essentiel est de permettre à la sécrétion lactée de s'établir normalement. Mais pendant ce temps il y a intérêt à ne pas laisser souffrir les enfants, surtout les débiles; il vaut mieux les aider (nourrice, lait d'ànesse, lait de vache).

— **Pinard**. — Je me permets d'insister sur ce qui vient de vous être dit à propos de l'établissement et du rétablissement de la sécrétion lactée. Depuis plus de vingt ans je ne cesse d'attirer l'attention des étudiants et des médecins sur ce point.

Il faut bien savoir que la sécrétion mammaire, qui s'établit régulièrement le plus souvent, et de façon à être suffisante aux besoins de l'enfant, peut présenter lors d'un premier allaitement une insuffisance prolongée.

Je cite, j'ai publié et fait publier nombre de cas dans lesquels la sécrétion lactée n'est devenue suffisante que deux, trois, quatre et même cinq mois après le début de l'allaitement. C'est bien le cas de dire : la fonction fait l'organe. Aussi n'ai-je pu que sourire en entendant des femmes, dont les enfants étaient nourris par des nourrices mercenaires ou par le lait de vache, dire : « J'ai essayé de nourrir pendant trois jours, huit jours, quinze jours; j'ai cessé parce que je n'avais pas de lait. »

Il faut protester contre un pareil langage qui n'est que l'expression de l'ignorance ou qui sert de prétexte pour masquer un mauvais vouloir.

Quand la sécrétion se montre insuffisante, doit-on tout de suite donner à l'enfant le lait d'une nourrice ou du lait stérilisé, comme le conseille M. Budin, ou doit-on attendre comme le conseille M. Lepage ?

M. Lepage pense que l'enfant qui a une autre nourriture tette moins ou avec moins d'avidité, que la glande n'est plus assez stimulée et que la production de la sécrétion lactée ne peut guère augmenter dans ces conditions ; il redoute de plus l'ingestion de lait stérilisé. Mais il est bien entendu qu'il ne laisse pas les enfants mourir de faim.

Ce qu'il importe de savoir c'est que la sécrétion peut ne devenir suffisante que très tardivement, après plusieurs mois.

Enfin, et Tarnier insistait sur ce point, le lait de la mère, même pris en petite quantité, agit comme un ferment sur le lait de vache et en rend l'assimilation bien plus facile pour l'enfant.

6° Présentation d'un forceps.

— **Crouzat** (Toulouse).

7° De la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement.

— **Besson** (Lille).

8° Moyens préventifs contre la phlegmatia alba dolens et les varices puerpérales.

— **Hagapoff** (Constantinople).

9° Trois observations de diagnostic difficile dans la grossesse double.

— **Verrier** (Paris).

10° L'aseptogène conjonctival.

— **Calderon** (Mexico). — Présentation de l'appareil.

Après une allocution du professeur Treub, *président de séance*, le professeur Pinard, *président de la section*, clôture la Session par les paroles suivantes :

Mes chers Confrères,

« Avant de déclarer close la session du XIIIe Congrès international de Médecine, dans la Section d'Obstétrique, j'ai un devoir à remplir. Je dois exprimer mes sentiments de gratitude à tous ceux qui ont préparé d'abord, et assuré ensuite, la réussite de ce Congrès, et qui par cela même ont rendu mon rôle si facile et si agréable.

J'adresse donc mes plus vifs remerciements : à nos Présidents d'honneur, à nos Vice-Présidents qui ont présidé vos séances avec autant d'autorité que de bonne grâce ;

A nos deux Secrétaires généraux, M. Bar et M. Champetier de Ribes, qui, par leur dévouement prolongé et incessant, ont atteint la perfection dans l'accomplissement de leur lourde tâche ;

A nos jeunes Secrétaires dont l'activité et le zèle n'ont jamais fait défaut ;

Aux auteurs des communications si intéressantes que vous avez entendues ;

A vous tous enfin qui, par votre présence assidue, avez certainement stimulé les discussions et rehaussé l'état de ces réunions.

Je puis dire en terminant que toutes nos espérances ont été réalisées.

Nous avons bien travaillé : il m'est permis, je crois, de dire que nos travaux ne seront pas inutiles à la marche du progrès en obstétrique. Nous allons sortir d'ici plus éclairés et par cela même plus puissants ; ce qui veut dire, pour ceux à qui nous devons donner nos soins : moins de souffrances et moins de morts. Nous savons, de plus, les directions que nous devons imprimer à nos recherches futures. Si j'ajoute à cela que ces réunions permettent de se connaître mieux, de s'apprécier plus et de s'estimer davantage, vous comprendrez pourquoi je vous convie sincèrement au prochain Congrès, en souhaitant que nous nous y retrouvions tous. Je vous dis à tous du fond du cœur : Merci ! »

Le XIVe Congrès aura lieu à Madrid en 1903.

A. Couvelaire, interne des hôpitaux.

RADIOPELVIGRAPHIE A LONGUE PORTÉE

(NOTES DE LABORATOIRE)

Par **H. Varnier.**

I

Revoyez ci-dessus et comparez : d'une part les figures 1, page 136 et 5, page 139 ; d'autre part les figures 1, page 148 et 2, page 149, qui représentent, réduites au quart, des radiographies du bassin en pronation, faites avec une ampoule placée à 51 centim. de la plaque et à l'intersection des plans sagittal et bi-épineux. Vous jugerez qu'au point de vue de « l'identification » d'un bassin les figures 1 et 5 sont supérieures à celles des pages 148 et 149.

Si nous cherchons la raison de cette supériorité, nous constatons qu'elle est tout entière dans le **silhouettage complet** du détroit supérieur qui fait, au contraire, défaut sur les lignes de comparaison. Quiconque a l'habitude de manier et de radiographier des bassins remarquera immédiatement que les bassins qui présentent une cambrure lombo-sacrée, un redressement de la pointe du sacrum, une projection de sa base suffisants pour permettre cet heureux silhouettage du promontoire, dans l'attitude en pronation ci-dessus décrite, sont absolument exceptionnels. La figure 2, page 137, vous donnera l'idée du redressement sacré qui l'a rendu possible une fois en passant.

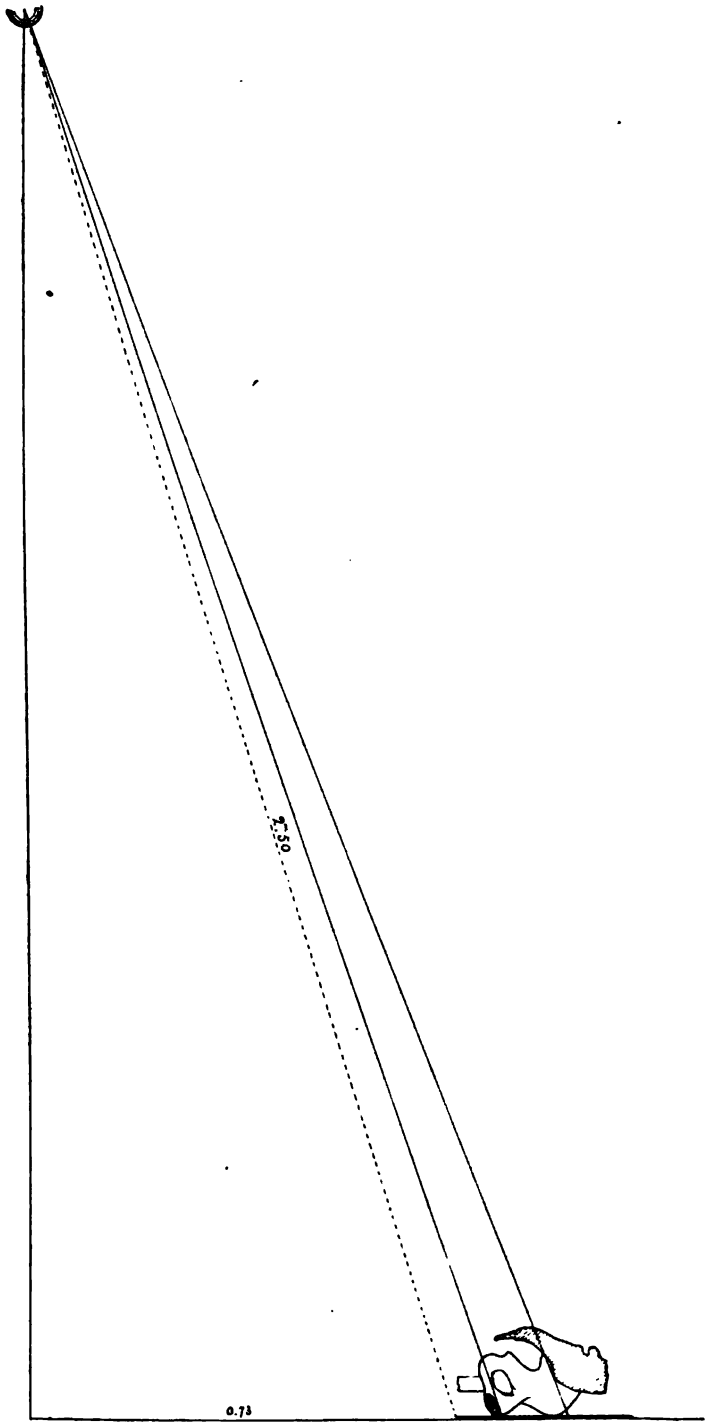


FIG. 1.

Prenez maintenant 10 bassins aplatis quelconques et tenez-les devant vous en supination (comme celui de la figure 2, page 137). Placez-vous de façon que votre rayon visuel, les

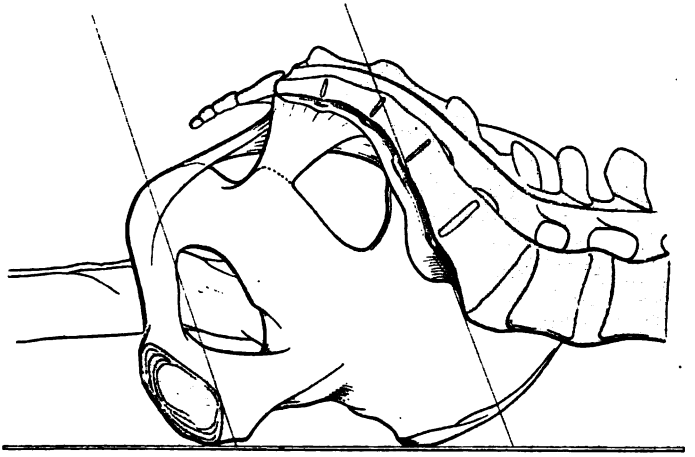


FIG. 2.

abordant par le détroit inférieur, se confonde avec l'axe prolongé de leur détroit supérieur. Vous verrez dans tous les cas se découper nettement, sur la toile de fond (comme sur la

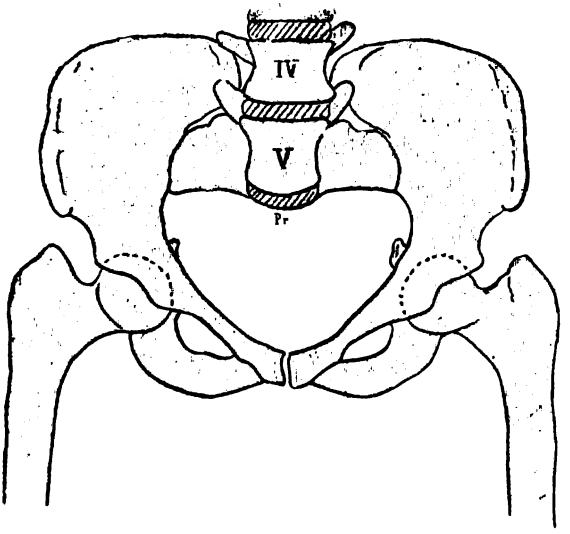


FIG. 3.

figure 2, page 137), la totalité du contour du détroit supérieur, y compris le promontoire.

Ayez l'idée de remplacer votre œil par l'anode d'une ampoule radiographique, et la toile de fond par une plaque sensible. Mettez l'ampoule en action pendant deux à trois

minutes, et vous obtiendrez de vos dix bassins, des radiotypes sur lesquels le promontoire sera aussi nettement silhouetté qu'il l'a été, par exception et par hasard, sur les figures des pages 137, 138 et 139.

II

Mais si le silhouettage du détroit supérieur rend ces radiotypes plus lisibles que les radiotypes courants, il ne leur fait rien gagner ou peu de chose sur ces derniers quant à l'agrandissement et à la déformation du bassin en expérience.

En cherchant à corriger cette déformation, à diminuer cet agrandissement (qui apparaissent nettement pour les radiotypes courants sur la figure 1, page 136) l'idée vous viendra sans doute, comme elle m'est venue, d'éloigner progressivement — toujours dans la direction de l'axe prolongé du détroit supérieur — la source du cône de rayons X.

Les études d'éloignement faites à l'écran (radioscopie) par notre préparateur, M. Aubert, montrent qu'en plaçant l'ampoule à 2 m. 50 on a d'une plaque négative d'accumulateur de 105 millim. de côté, tenue à 20 centim. de l'écran, une projection en vrais grandeur.

Appliquons cette donnée à la pelvigraphie.

La figure 1 (ci-contre) indique le dispositif de l'expérience radio-pelvigraphique.

La figure 2 représente les rayons, tendant au parallélisme, qui vont découper sur la plaque sensible le derrière du pubis et l'avant du promontoire.

La figure 3 est le calque (réduit au quart) du radiotype obtenu dans ces conditions avec le bassin figuré, p. 137.

Mesurons et comparons sur cette figure 3 (le radiotype) et sur le bassin sec les dimensions transversales du sacrum, du détroit supérieur, du détroit moyen, plus le diamètre antéro-postérieur ou promonto-pubien.

Nous avons :

	RADIOTYPE	BASSIN SEC	DIFFÉRENCE
Transverse maximum..	132 millim.	130 millim.	+ 2 millim.
Largeur du sacrum....	118 —	117 —	+ 1 —
Bi-sciatique	116 —	112 —	+ 4 —
Promonto-pubien.....	75 —	75 —	0 —

Non seulement, pour le bassin en question, les dimensions utiles sont ramenées à une déformatipn minima. Mais, ainsi que le montre la comparaison de la figure 3 ci-contre et de la figure 1, p. 136, la physionomie d'ensemble du bassin est très rapprochée de la nature.

Quelques chiffres le prouveront.

	RADIOTYPE EN PRONATION A 51 CENTIM.	RADIOTYPE EN SUPINATION A 2m50	BASSIN SEC
Diamètre bi-épineux.....	330 millim.	250 millim.	250 millim.
Milieu du pubis à bord externe du fémur.	165 —	145 —	145 —
Milieu du pubis au grand trochanter...	172 —	153 —	153 —

Sans désemparer faites défiler dans les mêmes conditions, 10, 20 bassins secs de type courant. Vous vous assurerez qu'il ne s'est point agi, dans l'expérience ci-dessus rapportée comme type, d'un jeu du hasard et que, pour les dimensions transversales en particulier, les différences entre le radiotype et la nature sont insignifiantes.

Appropinquamus igitur. *(A suivre.)*

Le Gérant : G. STEINHEIL

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

TUBERCULOSE DE LA PORTION VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

PATHOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

Par **Henry D. Beyea** (de Philadelphie).

La tuberculose des organes génitaux de la femme a été connue du monde médical il y a bien des années. Raymond, un auteur français, et d'autres décrivirent des lésions de ces organes dès 1831. Ces études, et celles qui suivirent pendant plus de cinquante ans, ne furent à la vérité que de simples découvertes de lésions très avancées, constatées chez des sujets mourant de phtisie ou de tuberculose plus ou moins généralisée. Elles n'avaient d'intérêt que pour le pathologiste. On pensait alors, comme il était affirmé par Lebert et Rokitansky, que le diagnostic de la tuberculose génitale chez la femme vivante était impossible. La première publication, digne d'être mentionnée et dans laquelle la maladie tuberculeuse est envisagée au point de vue clinique, fut celle d'Hegar : *Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der genital Tuberculose des Weibes*. Ce travail marque nettement un progrès dans nos connaissances sur la pathologie précoce, le diagnostic et le traitement de la tuberculose génitale ; il a constitué une base pour des études pratiques plus minutieuses et plus étendues durant les années qui ont suivi. Les écrits et les études personnelles sur la tuberculose des trompes de Fallope, des ovaires et du vagin sont, à l'heure actuelle, fréquents, et l'on peut dire que leur pathologie et leur signification patho-

(1) Communication au *XIIIe Congrès international des Sciences médicales*, Paris, août 1900.

logique sont maintenant aussi bien appréciées que celles de la tuberculose dans une région quelconque du corps.

Cependant la tuberculose de la portion vaginale du col de l'utérus n'a pas été l'objet d'une attention aussi grande, bien que, cliniquement, son importance soit aussi considérable. L'infection tuberculeuse est, ici, un fait très rare; mais il a paru à l'auteur que la pathologie, la symptomatologie et le traitement d'un nombre suffisant de cas n'ont pas été suffisamment décrits pour justifier des déductions ayant une valeur pratique.

Mes recherches dans ce sens, desquelles je ne puis vous donner qu'un court résumé de conclusions, furent commencées par l'observation clinique et l'étude pathologique d'un cas de cette maladie, suivies de l'étude de 32 cas *post mortem*, de 22 observations cliniques, et de 15 cliniques et *post mortem* recueillies dans la littérature médicale.

Le cas que j'observai fut admis à l'*University Hospital*, le 27 mars 1899.

Il s'agissait d'une Américaine blanche, âgée de 23 ans. Antécédents personnels et familiaux bons, sans tare tuberculeuse. Mari bien portant. Mariée en octobre 1898; jamais enceinte. Première menstruation à 18 ans, mais très faible, règles ne revenant que tous les deux, trois et cinq mois. Jamais menstruée depuis son mariage. Leucorrhée profuse et très fétide depuis environ trois ans. Deux fois, après le coït, survint un faible écoulement de sang. Depuis la puberté, elle a ressenti tous les mois ou tous les deux mois, sans qu'il y eût de relation entre ces phénomènes et la menstruation, des crises de douleurs lancinantes dans la région inguinale gauche, qui lui paraissaient causées par l'exercice. A son avis, la maladie actuelle datait de sa dix-neuvième année, époque à partir de laquelle sa santé aurait graduellement décliné. Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de fortes douleurs dans le côté gauche du ventre; elle ressentit aussi des douleurs dans le dos, de la céphalalgie frontale, des douleurs

dans les extrémités inférieures ; elle eut de la fièvre, de l'accélération du pouls ; elle se sentit très épuisée et fut forcée de s'aliter. Après quelques jours d'un traitement « *pour la grippe* », elle fut mieux et en état de quitter le lit. Mais, à cause de la douleur persistante dans le côté gauche du ventre et d'un écoulement vaginal muco-purulent, fétide et profus, son médecin soupçonna une maladie utérine et ovarienne, et, en conséquence, procéda à un examen vaginal. Il trouva la portion vaginale du col ferme, indurée et le siège d'une production pathologique qui saignait facilement au toucher. Soupçonnant fortement un cancer du col, il confia la malade à mes soins.

Lors de son entrée à l'hôpital, la femme accusait encore : des douleurs fortes dans la région inguinale gauche, des douleurs dorsales, sacrées, de la céphalalgie frontale, de la perte des forces et du malaise général. L'examen soigneux de l'urine établit que, microscopiquement et chimiquement, sa composition était normale.

Examen vaginal. — Orifice du vagin et vagin d'une nullipare et normaux. Portion vaginale du col de forme très irrégulière, et très hypertrophiée, près de deux fois le volume normal. Muqueuse du col, en bordure de l'orifice externe, érodée et d'un rouge-rose vif. Toute la surface vaginale du tissu sous-jacent était ferme, indurée, saignait aisément au toucher et, sous certains rapports, rappelait par son aspect le début d'un épithélioma en chou-fleur de la portion vaginale. A une exploration minutieuse, la cavité cervicale parut dilatée, elle admettait l'extrémité de l'index. Le doigt explorateur découvrit une production irrégulière, papillaire, de la grosseur d'une noix, prenant racine dans la paroi postérieure du col, au voisinage de l'orifice externe. Elle se détachait d'une surface plutôt large, 1 centim. 5 de diamètre environ, emplissait et dilatait le col, et de la paroi postérieure proéminait dans le vagin. Ce néoplasme avait le même caractère que la maladic moins étendue, signalée comme érosion, qui partait du canal cervical et entourait l'orifice externe dans d'autres directions. Point d'ulcérations, ni de modifications nécrotiques constatables à l'œil nu. Le processus

pathologique était nettement limité au canal cervical et à la portion vaginale d'une façon tout à fait semblable à une érosion papillaire sur un col de nullipare. Les prolongements papillaires semblables à de petits doigts, étaient attachés à un tissu cervical sous-jacent, nettement induré. Ils n'étaient pas

FIG. 1. — Tuberculose papillaire. Endocervicite et hyperplasie (Beyea).

friables, mais élastiques au toucher; bien que tout le col fût ferme et dur, il ne présentait pas, cependant, une résistance aussi grande que la résistance dans n'importe quelle variété de cancer. Le saignement provoqué par le toucher était faible et ressemblait à celui qui se produit quelquefois dans l'érosion papillaire du col. L'utérus était en rétroversion au second degré, légèrement mobile et de très petit volume. L'ovaire gauche était prolabé et adhérent en arrière de l'utérus.

Pas de nodules appréciables le long de la trompe, bien qu'on pût nettement constater que cet organe était induré et malade. La trompe gauche et l'ovaire correspondants étaient aussi fortement adhérents et malades, et en rapport immédiat avec la paroi latérale de l'utérus. De l'historique précédent, de l'aspect et de la structure du col dégénéré, on conclut que les lésions observées pouvaient être dues à une des trois maladies, rares, suivantes : a) tuberculose du col, *b*) adénome malin du col, ou *c*) syphilis du col.

A cause de l'âge de la femme, de l'aménorrhée chez une nullipare, du fait que la production morbide émanait de la muqueuse du canal cervical et non de la portion vaginale du col, qu'elle ne présentait aucune tendance à la friabilité et donnait une sensation de demi-élasticité, nous fûmes tout de suite convaincu qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma en choufleur de la portion vaginale, et que le néoplasme n'avait aucune ressemblance avec les autres formes de cancer de cette portion de l'utérus.

Comme il n'y avait dans l'anamnèse rien qui fît penser à une syphilis acquise chez la femme ou le mari, qu'il était impossible de découvrir sur la peau de la malade un stigmate de cette diathèse, étant donnés d'autre part l'aménorrhée et d'autres symptômes antérieurs au mariage, vraisemblablement causés par la maladie tuberculeuse, l'hypothèse de la syphilis fut presque complètement écartée.

L'absence prolongée de l'écoulement menstruel coïncidant avec la présence de trompes et d'ovaires fortement adhérents, et le petit volume de l'utérus militaient contre le diagnostic d'adénome malin ; cependant, nous n'étions pas entièrement convaincu que cette affection n'existait pas pour le néoplasme ayant son origine dans la muqueuse cervicale.

Santé très bonne pendant une longue période, aménorrhée avec absence complète du flux menstruel pendant six mois, présence d'une masse papillaire dans le canal cervical chez la femme saine et nullipare, un utérus petit, une affection tubaire sûrement chronique, avec cela, exclusion rationnelle de tou-

tes les autres maladies énumérées, toutes ces raisons m'inclinèrent à poser, à l'hôpital, le *diagnostic :* tuberculose du col, rétroversion de l'utérus et tuberculose des annexes.

Toutefois, fidèle à notre manière habituelle de faire, un fragment du tissu papillaire fut excisé et soumis à l'examen microscopique, lequel établit qu'il s'agissait bien de tuberculose : tuberculose papillaire.

L'opération, curettage à fond, amputation haute du col et salpingo-oophorectomie bilatérale, fut pratiquée le 23 mars 1899. La malade se refusa à une opération plus radicale.

La convalescence évolua normalement, et seize mois après l'opération, la femme avait gagné en poids plusieurs livres ; aucun symptôme nouveau. L'examen de la poitrine et du ventre ne révéla rien d'anormal ; il n'y avait aucune apparence de reliquats de tuberculose ; en somme, la femme paraissait jouir d'une santé parfaite.

Examen macroscopique. — Le fragment amputé de la portion vaginale du col présentait une muqueuse vaginale lisse et une surface érodée ou pourvue de petits bourgeonnements papillaires. La masse papillaire commençait dans l'intérieur du col à 1 centim. environ de l'orifice externe et s'étendait jusqu'en dehors de cet orifice, comme il a été noté plus haut. La masse morbide était plus étendue et mieux développée sur la paroi postérieure et sur la lèvre postérieure de la portion vaginale du col, formant à ce niveau comme un nodule. La masse nodulaire se continuait directement avec des excroissances, tout à fait similaires mais moins importantes, entourant le canal cervical et l'orifice externe. Il y avait en outre une érosion papillaire étendue, composée de minimes prolongements comme de très petits doigts, de coloration rouge, de consistance élastique, quoique ferme, et ne suggérant aucune idée de modifications dégénératives. Les trompes de Fallope étaient le siège d'une endo-salpingite chronique. Macroscopiquement, les ovaires étaient normaux.

Examen microscopique. — Les coupes, pour l'examen microscopique, furent conduites longitudinalement, parallèlement à

la direction du canal cervical, sur toute la longueur du col amputé. Sur toutes ces coupes, l'épithélium squameux de la portion vaginale du col présentait des lésions inflammatoires, commençant par de la prolifération à un cent. environ de l'orifice externe et s'accentuant en certains points jusqu'à produire une destruction complète de l'orifice externe. Au-dessous de l'épithélium squameux, apparaissait en général une infiltration considérable de petites cellules rondes avec de nombreux leucocytes, infiltration qui, jusqu'à une certaine hauteur, intéressait même la couche

FIG. 2. — Tuberculose du col de l'utérus. A gauche de la coupe on voit des papilles hyperplasiées.

épithéliale, squameuse. Les papilles, dont il est question comme prenant leur origine dans la cavité cervicale et saillant au delà de l'orifice externe, sous forme de prolongements très fins, étaient accolées entre elles et tapissées par des cellules épithéliales hautes et cuboïdes. Le stroma était infiltré de petites cellules rondes, de leucocytes polymorphes, et, çà et là, d'une infinité de tubercules contenant, souvent, une cellule géante, typique, de Langhans. L'endométrium sous-jacent et une portion

considérable du tissu musculaire présentaient les mêmes altérations de structure.

Il ne fut constaté, sur aucune coupe, des altérations dégénératives vraies ; mais, partout, on pouvait apercevoir une transformation profonde de nature fibreuse, indiquant plutôt un début de *tuberculose fibroïde chronique*.

L'examen microscopique de l'endométrium corporéal et des trompes de Fallope y démontra la tuberculose, avec les mêmes

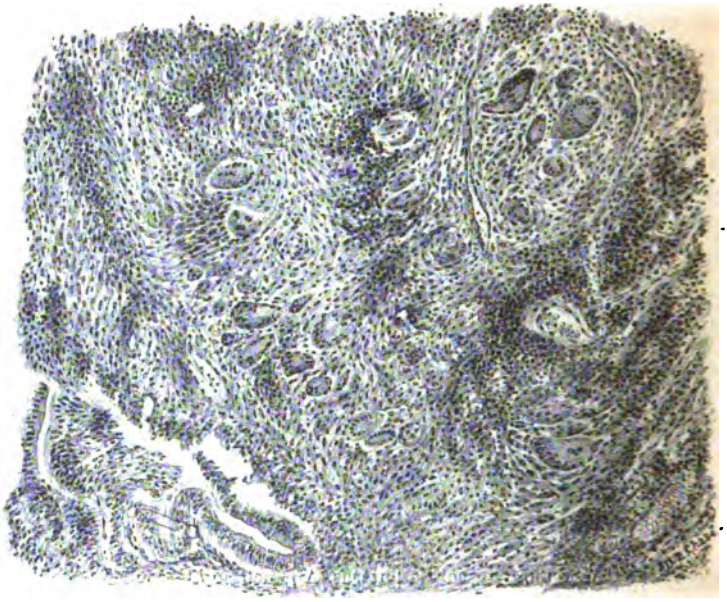


FIG. 3. — Tuberculose du corps de l'utérus.

altérations et à la même période. Des coupes de l'endométrium du col, du corps de l'utérus et des trompes de Fallope furent colorées pour la recherche du bacille de la tuberculose et, dans chacune, on trouva quelques bacilles.

Il ne fut pas possible de préciser *le siège primitif de l'infection*; mais il y a lieu de penser qu'il s'est agi d'une tuberculose descendante.

Diagnostic. — Tuberculose chronique diffuse de la portion vaginale du col (endométrium et tissu musculaire), du col (hyperplasie endocervicale papillaire, tuberculeuse), et des trompes de Fallope.

J'ai pu, comme il a été dit, recueillir dans la littérature médicale 68 cas d'infection tuberculeuse de l'utérus au-dessous de l'orifice interne ; avec le mien, cela fait un total de 69 cas ; 30 de ces cas furent des trouvailles d'autopsie, où les lésions qui nous intéressent étaient associées à d'autres lésions tuberculeuses très avancées, situées en d'autres régions du canal génital et en d'autres régions du corps ; 2 des découvertes d'autopsie, de tuberculose primitive du col (Friedlander et Kaufmann) ; 22, des observations purement cliniques : de celles-ci, dans 3 il existait des lésions semblables en d'autres régions du tractus génital et en d'autres régions éloignées du corps ; dans 4 seulement des lésions similaires dans des régions éloignées de l'organisme; dans 9 enfin, les lésions étaient exclusivement localisées dans le col, ou bien on omit de noter si elles coexistaient avec d'autres ; 15 cas furent observés pendant la vie et *post mortem;* dans tous ces cas les lésions du col étaient associées à des lésions tuberculeuses en d'autres points du corps.

Age des malades. — Il fut noté dans 57 cas : de 17 à 20 ans, 6 cas ; de 21 à 30, 27 cas ; de 31 à 40, 9 cas ; de 41 à 50, 5 cas ; de 51 à 60, 5 cas ; de 61 à 70, 3 cas ; de 71 à 79, 3 cas, chiffres qui montrent nettement que *la maladie est le plus fréquente pendant la période de l'activité sexuelle.* Il paraît ne pas y avoir de relation entre le caractère de la tuberculose et l'âge de la malade.

La maladie était limitée à la portion vaginale dans 19 cas, et au canal cervical dans 6 cas. Dans les autres 44 cas, elle affectait à la fois la portion vaginale et le canal cervical.

Les caractères cliniques divers du processus permettent d'établir nettement 3 variétés : a) ulcération tuberculeuse du col ; *b*) hyperplasie endo-cervicale, papillaire, tuberculeuse du col ; *c*) tuberculose miliaire du col.

a) *Forme ulcérative.* — Elle se présente sous la forme tantôt d'une ulcération étendue, tantôt d'ulcérations multiples, petites, lenticulaires, distribuées sur la portion vaginale ou sur la cavité cervicale, ou bien sous forme d'un processus ulcératif creusant complètement la cavité cervicale et détruisant la portion vaginale. Habituellement, le processus ulcératif évolue autour de l'orifice externe, gagnant de là la cavité cervicale et la portion vaginale. En d'autres cas, on a vu une ulcération située sur la portion vaginale, et entourée par une muqueuse normale. D'ordinaire le fond de l'ulcération a une teinte qui va du blanc au jaune.

Quand l'ulcération est assez profonde, les bords en sont aigus. Souvent le col était hypertrophié. Le microscope permettait de constater une surface nécrotique, au-dessous de laquelle toutes les altérations anatomiques étaient celles d'une tuberculose chronique, diffuse. Ces altérations de tissu étaient, dans les cas au début, limitées à la muqueuse et aux éléments musculaires, immédiatement sous-jacents, du col. Mais, dans les cas avancés, le tissu musculaire était profondément atteint, jusqu'à presque une destruction complète de tout le tissu cervical. On chercha à prélever des bacilles dans les tissus, et on en trouva dans 16 cas ; dans un cas, on en constata dans l'écoulement vaginal. Dans 2 cas où on s'appliqua soigneusement à en prendre, il n'en fut pas trouvé.

b) *Hyperplasie endo-cervicale, papillaire, tuberculeuse.* — Cette forme de tuberculose atteint l'endométrium cervical, particulièrement la moitié inférieure, et se prolonge au delà sur la portion vaginale du col comme le fait l'érosion papillaire commune. Mais ces érosions ont des tendances hyperplasiques très accusées ; elles sont très fréquemment l'origine de tumeurs, et dans un cas la masse morbide avait la grosseur d'une pomme (Emanuel). Toujours le col était induré, et, habituellement, de forme irrégulière. Il était induré, mais élastique. Le néoplasme était composé de prolongements comme de petits doigts, et de coloration rouge-vif. Rarement, on constata des signes de caséification.

L'étude microscopique des altérations pathologiques de quelques-uns de ces cas montre avec beaucoup d'évidence qu'au début il s'agit d'une endo-cervicite catarrhale tuberculeuse, s'étendant aux éléments glandulaires, produisant souvent une

FIG. 4. — Tuberculose papillaire. Endocervicite hyperplasique (Fränkel).

hypertrophie excessive et une hyperplasie des cellules glandulaires, et même une transformation en cellules épithélioïdes et en tubercules miliaires. D'autres fois, les cellules glandulaires étaient peu altérées et le processus tuberculeux plus accusé dans le stroma. Le stroma était toujours plus ou moins atteint. Sauf dans un cas, les modifications anatomiques étaient celles

de la *tuberculose chronique* diffuse. Dans ces 2 cas, il s'agissait d'une tuberculose fibroïde chronique.

De l'examen attentif de plusieurs descriptions et de l'étude soigneuse du casque j'ai eu en observation, il m'a paru, abstrac-

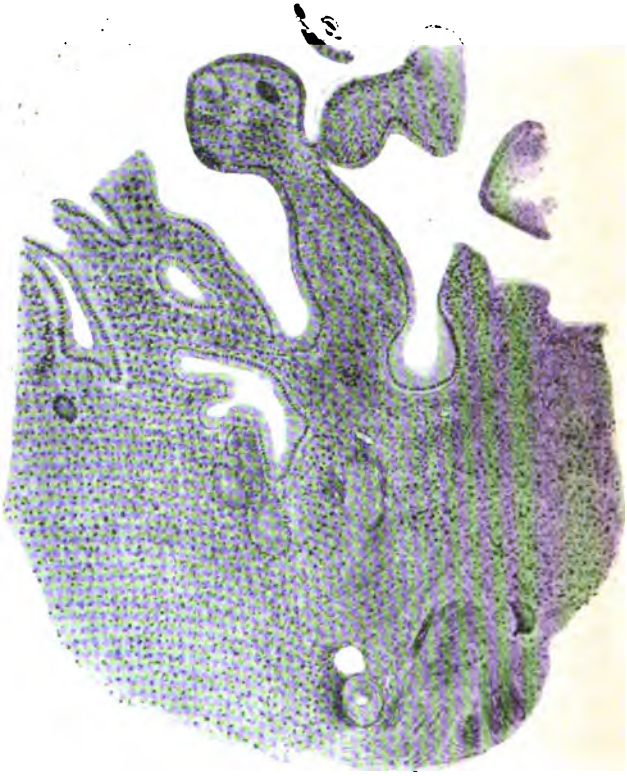


FIG. 5. — Tuberculose papillaire. Endocervicite hyperplasique (Fränkel).

tion faite de la présence du tissu tuberculeux, que par ses caractères macroscopiques cette variété ressemble beaucoup à l'érosion papillaire décrite par Ruge et Veit, avec hyperplasie excessive de tous les éléments anatomiques, donnant macroscopiquement l'aspect des productions papillaires ou même de petits néoplasmes en choux-fleurs. Ce n'est pas une forme végétative

ou papillomateuse, comme il en a été décrit par Cornil, Vitrac, Fränkel, etc.; mais une érosion papillaire excessive, au sens donné par Ruge et Veit, causée par l'infection propre au bacille tuberculeux. Le bacille tuberculeux a été trouvé dans les tissus 8 fois sur les 14 cas publiés. Zweifel et Michaelis se sont appliqués à recueillir les bacilles dans les tissus, mais ils n'en ont pas trouvé.

c) *Tuberculose miliaire du col.* — On a rapporté 2 cas de cette variété (Virchow et Rigal-Cornil). Cette variété est caractérisée par la présence de très petits tubercules, miliaires, disséminés sur la portion vaginale, et associés à de la tuberculose avancée et étendue en d'autres régions du corps.

Le plus grand nombre des cas de tuberculose du col correspondent à des infections secondaires; il n'est que 3 cas dans lesquels il fut suffisamment établi qu'il n'existait de tuberculose ni dans aucun autre organe, ni dans aucun autre tissu (cas de Friedlander, Kaufmann et Michaelis). Des cas d'infection primitive *possible* du col, avec infection secondaire des autres régions du tractus vaginal et d'autres points de l'organisme, sont ceux d'Emanuel, de Mayer, Zweigbaum, Derville, Vitrac et Bouffe.

Symptomatologie. — Les symptômes de la tuberculose du col sont vagues, ils n'ont rien de nature à caractériser la maladie. Dans la plupart des cas, ils ont pu être rapportés à des lésions de l'utérus, des trompes et du péritoine. Habituellement, les malades étaient bien nourries et en bonnes conditions physiques. Rarement, elles étaient anémiques, rarement la santé paraissait compromise. Beaucoup accusaient du malaise, des douleurs vagues et irrégulières dans la partie inférieure de l'abdomen (sensation de pesanteur dans le bassin et douleurs sacro-dorsales plus ou moins fortes).

Le symptôme le plus commun, dans les cas soigneusement observés, a consisté dans une leucorrhée purulente, anormalement profuse, de temps à autre teintée de sang. La leucorrhée purulente fut notée 24 fois sur 37 cas soumis à l'observation clinique seule.

Ménorrhagie dans 13 cas. Dans 4 de ces cas, l'utérus était

augmenté de volume. En outre dans 1, il y avait une tumeur fibreuse, et dans 2 autres rétroversion de l'organe.

Aménorrhée dans 12 cas. Dans 5 d'entre eux, l'utérus était anormalement petit ; dans un autre, très augmenté de volume.

Dans 4 cas, dans lesquels la menstruation était régulière, le volume de l'utérus était normal.

Il semble que la ménorrhagie et l'aménorrée dans la tuberculose du col ont une corrélation très étroite avec l'aplasie et l'hyperplasie de l'utérus ou avec des maladies indépendantes de la matrice.

Les symptômes objectifs dépendent de la forme de la lésion tuberculeuse.

Les 2 variétés importantes au point de vue clinique sont : a) la variété ulcéreuse, et *b*) l'endocervicite hyperplasique, papillaire, tuberculeuse. Peut-être qu'à première vue, la maladie du col, dans ces cas, ressemble soit à l'épithélioma en chou-fleur, soit à l'excavation cratériforme du cancer du col. Toutefois, me basant sur l'expérience que j'ai de la première variété et acceptant la description faite de la seconde par Kelly, je me sens autorisé à affirmer qu'il existe de nombreuses différences entre le cancer et la tuberculose du col.

Et, puisque l'expérience de tout autre observateur est restée limitée, je me sens en droit de contredire absolument l'opinion de Péan et d'autres auteurs qui ont décrit ces cas comme ayant tous les caractères du cancer. On peut affirmer que si l'examen du col est fait par un clinicien expérimenté, possédant bien nos connaissances actuelles sur la pathologie de cet organe, il sera possible de distinguer ces maladies l'une de l'autre.

La forme papillaire de la tuberculose du col saigne au toucher, mais non si aisément ni si abondamment que le cancer du col. Le saignement peut être comparé à celui qui se produit parfois dans les cas d'érosion papillaire du col déchiré. Le tissu dans la tuberculose du col n'est pas friable, mais il procure une sensation élastique, de velours, qui n'existe jamais dans le cancer. Il y a de l'induration, mais non aussi marquée que l'induration dans l'adéno-carcinome. D'autre part, le tissu

est plus résistant que celui de l'épithéliome de la portion vaginale. Dans la plupart des cas de la variété papillaire, le tissu de la portion vaginale est lobulé, la portion vaginale du col de forme irrégulière, et les tissus papillaires émanent de la cavité cervicale qu'ils remplissent d'ordinaire. La forme ulcérative est une nécrose plus ou moins étendue, une ulcération ou des ulcérations à bords tranchés, aigus, couverts de tissus caséeux. Ici, également, le tissu donne une sensation élastique. On n'y rencontre pas la friabilité du tissu du carcinome, et l'induration diffère nettement de celle du cancer. L'histoire, l'âge de la malade et la durée de la maladie sont d'importants facteurs du diagnostic.

L'endocervicite hyperplasique, papillaire, tuberculeuse, par son aspect et sa structure ressemble à l'érosion papillaire, non tuberculeuse, excessive du col, et la présence d'une érosion de cet ordre, saignant facilement, particulièrement dans les cas où il existe des antécédents tuberculeux, doit éveiller l'idée de tuberculose et indique la nécessité de l'examen microscopique avant de songer au traitement. L'érosion papillaire tuberculeuse ressemble aussi, par son aspect et sa structure, aux cas, rares, d'adénome malin du col. En outre, cette variété, sous certains rapports, rappelle le condylome syphilitique du col.

La forme ulcéreuse ressemble au chancre, ou cancroïde syphilitique, à l'*ulcus rodens* ou cancer du col. Les éléments du diagnostic différentiel dans les deux premiers cas sont connus. Dans le dernier cas, il faudra utiliser les symptômes objectifs et l'examen microscopique.

Comme pour le carcinome du col au début, le diagnostic de la tuberculose du col doit être toujours un diagnostic de probabilité, qu'il faut confirmer par l'examen microscopique d'un fragment de tissu. Ce fut là la méthode de diagnostic pour 10 des cas dont il a été question.

Le diagnostic clinique dans 51 des cas rapportés dans la littérature fut posé comme suit : cancer ou cancer soupçonné, 14 ; sarcome, 1 ; ulcération du col, 4 ; *ulcus rodens*, 1 ; néo-

tes les autres maladies énumérées, toutes ces raisons m'inclinèrent à poser, à l'hôpital, le *diagnostic :* tuberculose du col, rétroversion de l'utérus et tuberculose des annexes.

Toutefois, fidèle à notre manière habituelle de faire, un fragment du tissu papillaire fut excisé et soumis à l'examen microscopique, lequel établit qu'il s'agissait bien de tuberculose : tuberculose papillaire.

L'opération, curettage à fond, amputation haute du col et salpingo-oophorectomie bilatérale, fut pratiquée le 23 mars 1899. La malade se refusa à une opération plus radicale.

La convalescence évolua normalement, et seize mois après l'opération, la femme avait gagné en poids plusieurs livres ; aucun symptôme nouveau. L'examen de la poitrine et du ventre ne révéla rien d'anormal ; il n'y avait aucune apparence de reliquats de tuberculose : en somme, la femme paraissait jouir d'une santé parfaite.

Examen macroscopique. — Le fragment amputé de la portion vaginale du col présentait une muqueuse vaginale lisse et une surface érodée ou pourvue de petits bourgeonnements papillaires. La masse papillaire commençait dans l'intérieur du col à 1 centim. environ de l'orifice externe et s'étendait jusqu'en dehors de cet orifice, comme il a été noté plus haut. La masse morbide était plus étendue et mieux développée sur la paroi postérieure et sur la lèvre postérieure de la portion vaginale du col, formant à ce niveau comme un nodule. La masse nodulaire se continuait directement avec des excroissances, tout à fait similaires mais moins importantes, entourant le canal cervical et l'orifice externe. Il y avait en outre une érosion papillaire étendue, composée de minimes prolongements comme de très petits doigts, de coloration rouge, de consistance élastique, quoique ferme, et ne suggérant aucune idée de modifications dégénératives. Les trompes de Fallope étaient le siège d'une endo-salpingite chronique. Macroscopiquement, les ovaires étaient normaux.

Examen microscopique. — Les coupes, pour l'examen microscopique, furent conduites longitudinalement, parallèlement à

la direction du canal cervical, sur toute la longueur du col amputé. Sur toutes ces coupes, l'épithélium squameux de la portion vaginale du col présentait des lésions inflammatoires, commençant par de la prolifération à un cent. environ de l'orifice externe et s'accentuant en certains points jusqu'à produire une destruction complète de l'orifice externe. Au-dessous de l'épithélium squameux, apparaissait en général une infiltration considérable de petites cellules rondes avec de nombreux leucocytes, infiltration qui, jusqu'à une certaine hauteur, intéressait même la couche

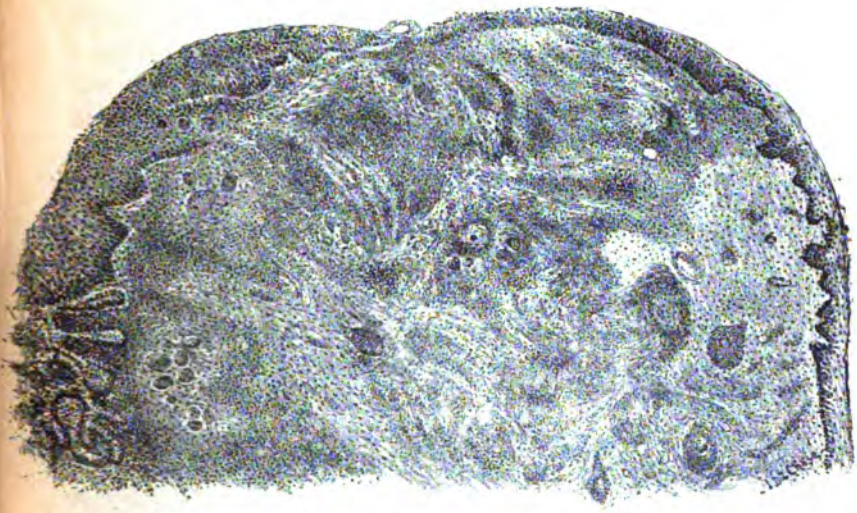


FIG. 2. — Tuberculose du col de l'utérus. A gauche de la coupe on voit des papilles hyperplasiées.

épithéliale, squameuse. Les papilles, dont il est question comme prenant leur origine dans la cavité cervicale et saillant au delà de l'orifice externe, sous forme de prolongements très fins, étaient accolées entre elles et tapissées par des cellules épithéliales hautes et cuboïdes. Le stroma était infiltré de petites cellules rondes, de leucocytes polymorphes, et, çà et là, d'une infinité de tubercules contenant, souvent, une cellule géante, typique, de Langhans. L'endométrium sous-jacent et une portion

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Par **G. Calderini** (Bologna).

La première communication que j'ai faite, sur le même sujet, a été publiée dans le compte rendu du Congrès médical international de Rome de 1894 (1).

J'ai annoncé dans cette communication, faite alors que je demeurais encore à Parme, que sur 150 cas de cancer de l'utérus, 8 fois seulement j'avais observé le cancer primitif du corps (5,33 p. 100) le col étant tout à fait sain.

Dans tous les cas le diagnostic fut fait au moyen de l'examen microscopique des pièces obtenues par le curettage, en conséquence, dans tous les cas j'ai proposé l'hystérectomie vaginale; 6 malades acceptèrent l'opération qui fut exécutée par moi, 1 fut opérée par un de mes collègues à Rome, près de ses parents ; 1 de mes opérées succomba à la suite de l'opération, 4 autres dont j'ai relaté l'histoire clinique dans la communication précédente, sont décédées à la suite de récidive ; de même la femme opérée à Rome a succombé aux suites d'une récidive. 3 seulement survécurent à l'opération. Elles étaient bien portantes à l'époque de la première publication, elles l'étaient encore dans l'année 1898 et elles le sont encore à présent, ainsi que je l'apprends par les réponses que j'ai sollicitées des maires des pays dans lesquels elles demeurent.

J'ai promis dans ladite communication de donner ultérieurement des nouvelles de ces cas ; je le fais aujourd'hui au congrès de Paris, remplissant ma promesse faite au congrès de

---

(1) Beitrage zur Diagnose und Therapie des Uteruskrebses. *Berl. klin. Wook.*, 1894, n° 15.

Rome, après six ans écoulés, suivant ainsi la maxime de nos ancêtres : *Promissio boni viri fit obligatio.*

Les 3 femmes qui ont survécu sont :

R. C., n° 43, opérée le 28. 4e. 1891.
G. L., » 37, » 10. 2e. 1892.
B. F., » 54, » 15. 3e. 1893.

Voici en abrégé les histoires cliniques de ces 3 femmes.

Obs. 1. — R. C..., âgée de 38 ans. Le père est mort phtisique, la

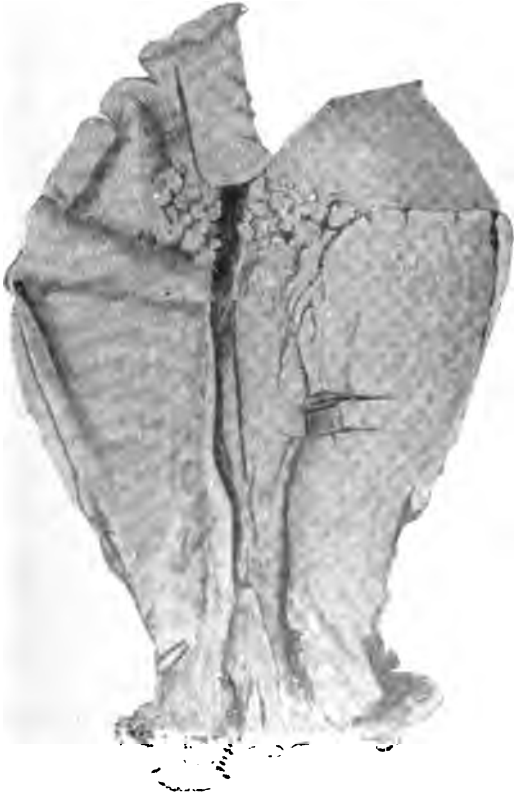


Fig. 1. — Adéno-carcinome du corps de l'utérus.

mère est morte de maladie aiguë, une sœur est morte d'hémorrhagie

utérine. Première menstruation à 15 ans. Mariée à 20 ans. IIpare.

Pendant la deuxième grossesse, elle eut de l'anasarque et des couches morbides.

Depuis trois ans elle avait des hémorrhagies pour lesquelles elle fut admise cinq fois à l'hôpital. Elle avait des pertes blanches et rougeâtres de mauvaise odeur quand elle se présenta à la clinique ; sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Fut admise le 24 mars 1891 avec le diagnostic : métrite parenchymateuse chronique, endométrite fongueuse.

Le 10 avril, le raclage fut pratiqué, l'examen microscopique des pièces démontra : épithélioma du corps de l'utérus.

Le 28 avril 1891 fut pratiquée l'hystérectomie totale vaginale.

Le 17 mai 1891 elle quitta la clinique tout à fait en bonne santé.

L'utérus dessiné par M. Rodi, interne de la clinique, après durcissement dans l'alcool, montre l'épaississement des parois et la persistance près du fond de végétations qui avaient échappé au raclage (Fig. 1). A l'examen des produits de curettage on voyait des tubes glandulaires à épithélium cylindrique et des cils vibratiles épars dans un tissu conjonctif très riche en nucléoles et parfois en proie à une vraie infiltration parvi-cellulaire, bien que l'épithélium ne soit pas tout à fait normal, on ne voit pas les caractères qui permettent de diagnostiquer rien d'autre qu'un adénome des glandes de la muqueuse du corps de l'utérus.

L'examen fait sur des morceaux pris de l'utérus après l'hystérectomie confirma le diagnostic fait auparavant.

Obs. 2. — G. L..., 46 ans. Première menstruation à 15 ans. Mariée à 24 ans. IVPare, trois accouchements à terme, un accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort macéré il y a 15 ans.

Après une aménorrhée qui dura un an, elle eut au mois d'octobre 1891, une métrorrhagie qui se répéta au mois de décembre et depuis cette époque elle eut continuellement des pertes blanches rougeâtres.

Elle entra dans la Clinique le 29 février 1892, eut une hémorrhagie abondante le 4 mars, et des douleurs dans les fosses iliaques. Un an auparavant fut opérée à la Clinique chirurgicale pour un cancroïde de la peau sur la joue droite.

L'examen des morceaux de la muqueuse obtenus par le raclage démontra qu'il s'agissait d'un adénome ; les cellules de l'épithélium sont globuleuses, quelques boyaux glandulaires sont transformés en

cordons épithéliaux, de sorte qu'il s'agit d'un adénome tubuleux qui tend à se transformer en carcinome.

Le 10 mars 1892, on pratiqua l'hystérectomie totale vaginale. Le 9 avril la malade quitta la clinique complètement rétablie.

FIG. 2. — Adéno-carcinome du corps de l'utérus.

L'utérus dessiné par le D. Rodi, se voit fig. 2.

L'examen microscopique confirme le diagnostic d'adénome en train de se transformer en carcinome.

OBS. 3. — B. F..., 59 ans. Première menstruation à 12 ans. Pendant l'année 1893 elle entra deux fois à l'hôpital pour péritonite.

Mariée à l'âge de 22 ans, elle eut 7 grossesses à terme et 3 avortements à trois mois. Après le dernier avortement, métrorrhagie pendant un an et demi. Elle n'avait plus eu ses règles depuis quatre ans, quand un an et demi avant l'époque actuelle elle commença à perdre du sang tous les 15-20 jours. Depuis quatre mois les pertes étaient continuelles et la malade souffrait de douleurs au ventre et de constipations.

Le 5 mars 1893, elle entra à la Clinique avec le diagnostic *endométrite*

fongueuse hémorrhagique et rétroversion de l'utérus. — Le 15 mars fut pratiqué le raclage qui donna issue à beaucoup de débris qui furent examinés au microscope. On diagnostiqua un adénome malin. Les hémorrhagies continuèrent, les glandes de la muqueuse paraissent dilatées cystiquement; l'épithélium est altéré, dégénéré. Le 29 mars

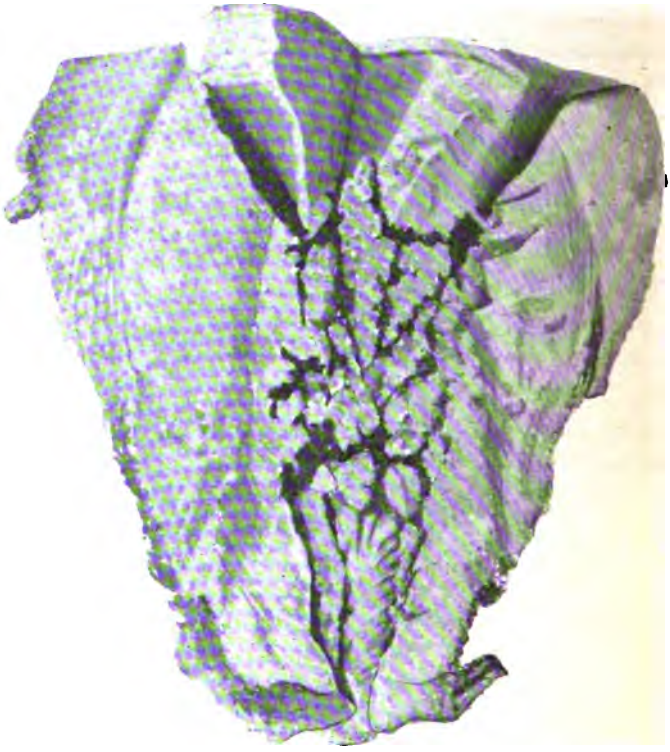


FIG. 3. — Adéno-carcinome du corps de l'utérus.

1893, fut pratiquée l'hystérectomie totale vaginale. Le 5 avril, la malade quitte la Clinique complètement rétablie. L'utérus dessiné par le Dr Rodi se voit fig. 3. L'examen histologique démontra la structure de l'adénome tubuleux.

En résumé, les 8 cas de cancer du corps de l'utérus qui font l'objet de mes deux communications, présentent : 5 fois de

l'adénome, 1 fois du myxosarcome, 1 fois du sarcome fusocellulaire, 1 fois du carcinome.

De bons résultats ont été obtenus dans les cas d'adénome, diagnostiqué avec le microscope et traité par l'hystérectomie totale vaginale.

Je ne saurais, en conséquence, mieux faire que de recommander la pratique que je suis, c'est-à-dire dans les hémorrhagies de l'âge avancé dépendant de ce qu'on appelle « l'endométrite fongueuse hémorrhagique », de racler et d'examiner les débris; si l'on diagnostique un adénome, même si, à l'apparence, il n'est pas encore malin, il faut extirper l'utérus; de cette manière seulement, on peut avoir des résultats durables tels que le démontrent les trois cas relatés dans cette seconde communication, qui font voir la persistance de la guérison sept et neuf ans plus tard.

Je tiens en observation d'autres cas analogues opérés depuis que je dirige la Clinique obstétricale et gynécologique de Bologne, mais il ne s'est pas encore écoulé assez de temps pour que j'en parle dans ce mémoire.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES ANNEXITES

Par Henri Hartmann (Paris) (1).

Au Congrès international de Gynécologie, tenu à Genève en 1896, au moment où l'hystérectomie vaginale entre les mains de Segond, de Richelot, de Doyen, de Bouilly, semblait, dans notre pays, devenir l'opération de choix dans le traitement des annexites, j'ai, tout en regardant la castration vaginale comme indiquée dans des cas bien déterminés, déclaré que, d'une manière générale, je préférais la voie abdominale qui me semblait moins grave et qui était essentiellement une voie conservatrice.

Vers la fin de la même année 1896, dans la thèse de mon élève Audiau, je recherchais la cause des symptômes pénibles accusés par un certain nombre de femmes ayant subi l'opération de Tait et je la trouvais soit dans la persistance d'un utérus gros, douloureux et suintant; soit dans l'existence d'un moignon douloureux.

Ces diverses imperfections dans les résultats éloignés des opérations abdominales pouvaient être évitées par des modifications de la technique. Aussi l'an dernier, à Amsterdam, je pouvais dire qu'avec les perfectionnements successifs apportés à la technique opératoire (position élevée du bassin, limitation très exacte du champ opératoire, ablation totale de l'utérus toutes les fois qu'on était amené à la suppression bilatérale des annexes, ligature isolée des vaisseaux, reconstitution par la suture d'un plancher pelvien séreux) on obtenait par la voie abdominale des résultats définitifs excellents.

---

(1) Communication faite au *XIIIe Congrès International des Sciences médicales*, Paris, août 1900.

Si j'ajoute que, par la conservation méthodique de tout ou partie d'un ovaire non suppuré, on arrive à éviter la plupart des accidents dits de ménopause prématurée, accidents dus non à la cessation des règles, mais à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, j'aurai établi que les résultats de l'opération abdominale moderne sont non seulement très différents de ceux de l'ancienne salpingectomie, mais encore très supérieurs à ceux de la castration vaginale, qui a constitué une étape dans le traitement opératoire des annexites, mais qui me semble aujourd'hui devoir être délaissée.

En 1896, j'avais publié ma statistique d'opérations pour annexites (1) :

166 cas avec **7 morts**, soit **4,22** p. 100 ;

104 cœliotomies, 4 morts, 3,8 p. 100 ;

39 hystérectomies vaginales, 3 morts, 7,68 p. 100 ;

22 colpotomies, 0 mort ;

1 incision abdominale, 0 mort.

Je vous apporte ma statistique du 1er octobre 1896 au 1er août 1900 :

115 cas avec **1 mort**, soit **0, 87** p. 100.

Ces 115 cas se décomposent en :

60 castrations abdominales totales pour lésions bilatérales graves des annexes (20 fois non suppurées avec 20 guérisons, 40 fois manifestement suppurées avec 1 mort, cette dernière attribuable à ce qu'un aide nouveau, effrayé en voyant le champ opératoire inondé de pus au moment de la rupture d'une poche, n'a pas gardé l'immobilité, ce qui a amené un déplacement des compresses limitant le champ opératoire et a permis à une anse grêle de s'inoculer au contact du pus. Tous les autres cas ont guéri et cependant j'ai opéré pour lésions particulièrement graves, réséquant un certain nombre de fois l'appendice qui baignait dans le foyer suppuré).

37 cœliotomies conservatrices tout au moins partiellement, comprenant 25 ablations unilatérales, dont 11 pour lésions sup-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, 1896, II, 163.

purées, accompagnées 2 fois de la résection de l'appendice au contact du foyer ;

2 incisions abdominales de salpingite suppurée ;

2 ignipunctures de l'ovaire.

1 résection partielle d'ovaire kystique.

7 libérations d'annexes adhérentes.

Dans un grand nombre de ces cas, qui tous ont guéri, l'opération sur les annexes a été accompagnée d'une opération plastique sur l'utérus, hystéropexie ou raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

16 colpotomies postérieures pour des foyers suppurés à marche aiguë ou subaiguë.

La simple évacuation de la collection a suffi pour guérir la femme dans 12 cas ; 4 fois une opération abdominale secondaire a été nécessaire. A ce propos, je tiens à insister sur la régression des lésions consécutives à ce simple débridement du foyer. Le ventre ouvert, on trouve des salpingites suppurées vulgaires, rétractées et à une certaine distance de l'incision vaginale.

2 hystérectomies vaginales que jai dû pratiquer chez des femmes pour lesquelles l'intégrité de la paroi abdominale constituait le principal mode d'existence. Les 2 opérations étaient simples et les malades ont guéri.

De l'ensemble de ces 281 opérations personnelles que je viens de relater brièvement, je crois devoir conclure non plus à la limitation des indications de la castration vaginale comme je l'avais fait en 1896, mais à son rejet absolu. L'opération abdominale est pour moi l'opération de choix; je ne conserve dans la voie vaginale que la colpotomie postérieure qui me paraît utile lors de foyers suppurés localisés à marche aiguë ou subaiguë, car souvent elle suffit à elle seule pour amener la cessation des symptômes et dans les autres cas elle diminue certainement le pronostic de l'opération abdominale secondaire.

CURE CHIRURGICALE CONSERVATRICE

DE L'INVERSION CHRONIQUE DE LA MATRICE [1]

Par G. Spinelli (de Naples).

Deux voies s'offrent à nous pour opérer la réduction chirurgicale sanglante d'un utérus chroniquement inversé : l'abdominale et la vaginale.

Le procéde de Thomas, repris en Italie par Consentino, par d'Antona et par moi, a donné à Consentino deux résultats favorables, un demi-insuccès à d'Antona, celui-ci s'étant vu forcé, après échec de la manœuvre de Thomas, de pratiquer une incision profonde intéressant la paroi utérine dans toute son épaisseur et sur toute la longueur de l'organe, à la faveur de laquelle il put opérer la réduction. Enfin, le procédé a abouti dans mes mains à un échec complet ; il s'agissait, dans mon cas, d'une jeune femme qui, lors de son premier accouchement, avait eu la matrice inversée durant la délivrance. L'inversion datait de neuf mois quand je tentai la réduction. Après une tentative infructueuse de taxis vaginal, je résolus de recourir au procédé de Thomas.

Le ventre ouvert, je recherchai l'entonnoir de l'inversion, je le dilatai largement dans tous les sens au moyen du dilatateur d'Auvard, et je m'efforçai de réaliser la réduction, en me conformant au précepte formulé par Consentino, savoir : de retourner le corps de l'utérus par une manœuvre combinée, c'est-à-dire en repoussant le corps de l'utérus par la voie vaginale et en opérant simultanément des tractions sur les ligaments larges

---

(1) Communication au *XIIIe Congrès international des sciences médicales*, Paris, août 1900.

(trompes et ligaments ronds). Durant ces manœuvres, je rompis la trompe et le ligament rond d'un côté. Les répétant de l'autre côté, je produisis aussi la rupture de la trompe et du ligament rond. Je pratiquai alors l'ablation des annexes, puis enlevai l'utérus par la voie vaginale : *la femme guérit*.

Récemment, Everke a de nouveau eu recours à la laparotomie pour réduire un utérus inversé depuis treize ans. Il incisa la

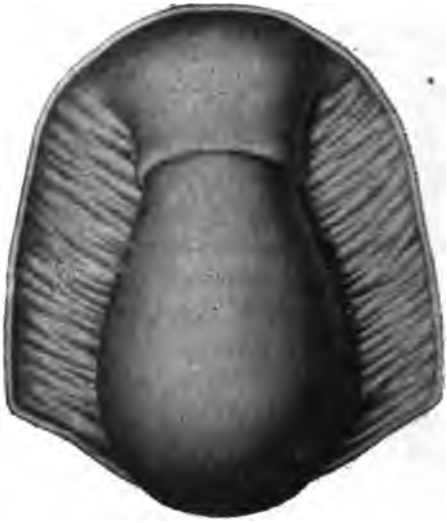


FIG. 1. — Inversion utérine.

paroi antérieure de l'entonnoir formé par l'inversion jusqu'à la vessie et la paroi postérieure jusqu'à la voûte du vagin. Il put ensuite réduire facilement. Enfin, il sutura les incisions et fixa l'utérus à la paroi abdominale. Everke recommande son procédé opératoire parce qu'il permet une inspection directe des annexes et, l'opération terminée, fournit le moyen de maintenir l'utérus *in situ* par la ventrofixation. Malgré les 2 cas favorables de Consentino, la méthode abdominale n'a réussi dans les autres cas qu'au prix d'incisions profondes sur la paroi de l'utérus. L'obstacle à la réduction n'est pas seulement constitué par le cercle d'inversion ni par la disproportion entre le col

et le corps de l'utérus, mais aussi par les altérations anatomiques de la paroi utérine. De ce fait, la nécessité s'est imposée de pratiquer des incisions qui intéressent profondément l'une ou les deux parois utérines comme acte complémentaire et *nécessaire* du procédé de Thomas : qui se refuse de les pratiquer, est forcé de procéder à l'hystérectomie.

Les remarques d'Everke, que la laparotomie permet d'ins-

FIG. 2. — Colpocœliotomie antérieure. L'index insinué par l'incision vaginale pénètre dans l'infundibulum utérin.

pecter directement les annexes et de les traiter convenablement d'après les renseignements de cet examen, et dans le même temps de fixer l'utérus, une fois réduit, en bonne position, seraient assurément très importantes si l'examen des annexes et l'antéversion ne pouvaient être également et facilement réalisés par le vagin.

Pour ces courtes considérations, je pense donc que la voie haute doit être abandonnée.

Les procédés vaginaux sanglants pour la cure de la rétroversion font leur apparition avec celui de Browne (1883). Dix ans plus tard, Küstner édifie mieux la méthode vaginale par un procédé qui, ultérieurement, a subi des modifications utiles et

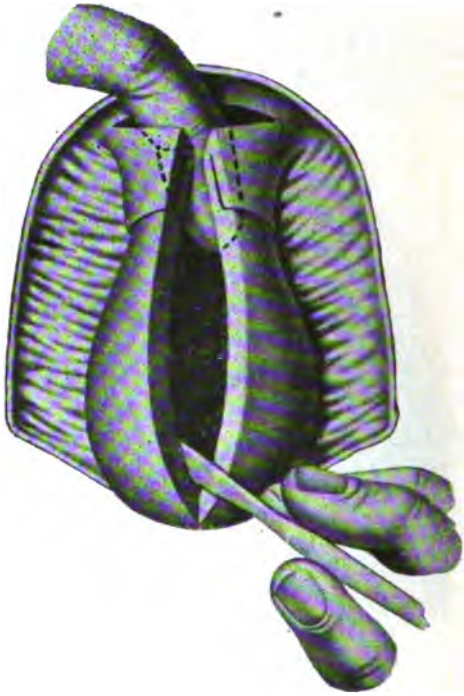


FIG. 3. — Incision de la paroi antérieure de l'utérus, intéressant toute son épaisseur.

qui, comme procédé de colpo-hystérectomie, peut être décrit de la façon suivante.

« Une fois qu'on a, par une incision transversale, ouvert le cul-de-sac postérieur et le Douglas, on incise la paroi postérieure de l'utérus verticalement et sur la ligne médiane, de façon à l'inciser dans toute son épaisseur et dans toute sa longueur, du fond de l'organe à l'orifice externe du col. L'utérus ainsi sectionné, on le réduit ; il est replacé dans la cavité abdominale et l'on suture le Douglas et le vagin. »

Kehrer a proposé et exécuté l'hystérotomie antérieure à la place de la postérieure. Le nouveau procédé consiste dans l'incision du col sur toute sa longueur, l'incision pénétrant jusque dans le sac formé par le péritoine. Écartant alors de chaque côté les lèvres de la plaie utérine, on repousse, à travers cette ouverture, dans le vagin, le fond de l'utérus, retourné en doigt de gant. Ensuite, la plaie utérine est réunie par une suture continue au catgut, qui va de l'angle corporéal

FIG. 4. — Manœuvre de la réinversion de l'utérus.

du col jusqu'à l'orifice interne. Cela fait, le corps de l'utérus, repris à travers la partie supérieure de la brèche utérine, est rentré à travers l'infundibulum créé par l'inversion : pour faciliter cette manœuvre, les lèvres de l'orifice externe sont fixées par des pinces à griffes. La réduction obtenue, on complète la suture de la plaie utérine, c'est-à-dire de l'orifice externe, et, finalement, on tamponne la cavité utérine et le vagin avec de la gaze antiseptique.

J'ai, dans un cas chirurgical, modifié le procédé de Kehrer,

et obtenu un résultat complet. Il s'agissait d'une inversion de l'utérus datant de quatre années. L'opération fut faite le 15 janvier 1899.

Voici la description du procédé opératoire que j'ai suivi et qu'on peut appeler : *Colpo-hystérotomie antérieure.*

« Le vagin étant largement ouvert par une valve vagino-périnéale, on fixe et on abaisse le col de l'utérus avec une pince à griffes. Puis, la surface muqueuse de l'utérus est

FIG. 5. — L'utérus est réduit. Placement des fils de suture.

abrasée par une curette ; on procède ensuite à la colpo-cœliotomie antérieure. L'index, introduit à travers l'ouverture vagino-péritonéale, va à la recherche de l'infundibulum formé par l'inversion, et y pénètre aussi profondément que possible. Alors, sur le doigt comme guide, on incise verticalement le col et la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, l'incision comprenant la paroi utérine dans toute son épaisseur ainsi que le revêtement séreux ; on procède ensuite à la réinversion, manœuvre facile. L'utérus incisé se trouve alors en antéversion

forcée, ou pour mieux dire, la tête en bas, c'est-à-dire avec le fond en bas et avec le col en haut.

C'est à ce moment qu'il faut procéder à la suture à points séparés, au catgut, de toute la plaie utérine jusqu'à l'orifice du col. A la suite de quoi, la cavité utérine se réduit. On fixe alors la matrice en antéversion par un fil de catgut qui embrasse le

FIG. 6. — Utérus suturé.

vagin, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus au-dessous du fond de l'organe.

La cure chirurgicale conservatrice de l'insertion chronique de l'utérus par la voie vaginale compte déjà à son actif un nombre suffisant de résultats cliniques. Jusqu'à présent, on a publié 11 cas qui, par ordre de date, se présentent ainsi : Küstner (1893) (1), Robb (1895) (2), Salin (1895) (3), Iosephson

(1) O. KÜSTNER. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 41.

(2) BONN. Abstract of Kustner's « treatment, etc. Résumé in *Frommel's Jahresbericht* », Bd VIII, 1895.

(3) SALIN. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 46.

(1895) (1), Morisani (1896) (2), Sava (1897) (3), Westermark (1897) (4), Duret (1898) (5), Porlis (1898) (6), Kehrer (1898) (7), Spinelli (1899) (8).

Sur ces 11 opérations, 2 fois on ne réussit pas à réduire l'utérus, mais il convient de ne pas faire entrer le cas de Iosephson en ligne de compte parce que, par suite des altérations anatomiques constatées sur les parois de l'utérus, aucun procédé n'aurait réussi à produire la réduction de l'utérus. De même, on peut dénier toute valeur au cas de Salin, par la raison que l'opérateur suivit le procédé de Küstner sans prolonger l'incision sur le col, et, après de vaines tentatives de réduction, ayant beaucoup malmené l'organe, préféra l'enlever.

La colpo-hystérotomie a donc le droit d'entrer officiellement parmi les procédés utiles dans le domaine gynécologique; 9 succès contre un insuccès, c'est là un bilan assez important pour une méthode opératoire qui compte à peine quelques années d'existence.

La question est de savoir : auquel des deux procédés opératoires faut-il donner la préférence ? A la colpo-hystérotomie postérieure ou à l'antérieure ?

A mon avis, il faut tenir, sous le point de vue de la technique, les procédés originaux de Küstner et de Kehrer pour imparfaits. L'un et l'autre présentent des difficultés pour la réinversion et pour la bonne reconstitution de la cavité utérine. Ils ne doivent, ni l'un, ni l'autre, rester dans la pratique.

Le procédé de colpo-hystérotomie postérieure modifiée, à l'occasion duquel la question de priorité a été une cause de

(1) Iosephson. Om Inversio uteri. *Hygiea*, 1896.

(2) Morisani. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 3.

(3) Sava. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 9.

(4) Westermark. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 4.

(5) Duret. *Semaine gynécologique*, Paris, 1898, n° 31.

(6) Porlis. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 9.

(7) Kehrer. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 12.

(8) Spinelli. Archivio italiano di Ginecologia, 1899, n° 1, et *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 19.

discussion en Italie, en France et en Allemagne et qui ne méritait pas certainement, malgré cette modification si opportune, si simple qu'elle fût, le titre pompeux de *procédé nouveau*, est passible des principaux reproches suivants :

Dans l'inversion utérine chronique, l'angle d'inversion est aminci par l'atrophie.

En outre, les ligaments larges étirés et invaginés dans l'en-

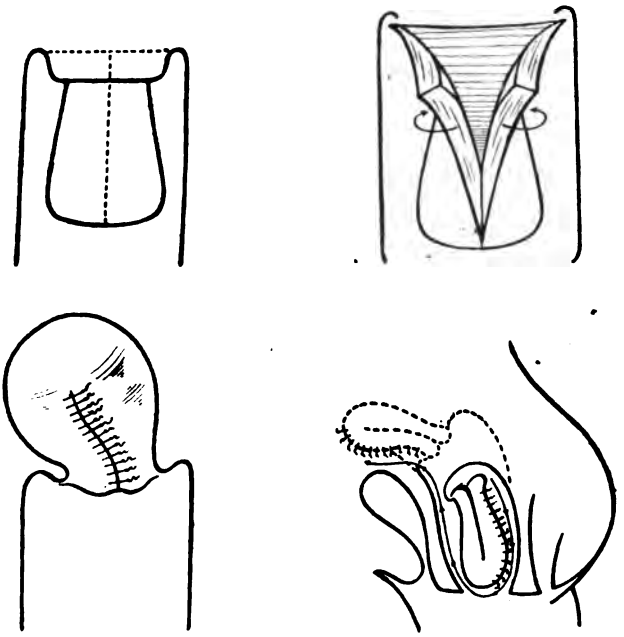


FIG. 7. — Résumé synthétique du procédé de colpo-hystérotomie antérieure pour la cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de l'utérus.

tonnoir utérin finissent par perdre toute faculté mécanico-dynamique pour la statique utérine.

De plus, la colpo-hystérotomie postérieure crée des conditions qui peuvent par elles-mêmes compromettre sérieusement la position normale de l'utérus.

A la vérité, après l'incision de la paroi postérieure et la

suture, ce segment de l'utérus acquiert un poids supérieur à celui du segment antérieur. La rétrodéviation devient en quelque sorte une condition forcée, après la réduction.

Puis, la paroi postérieure mise au contact du péritoine de Douglas contracte une adhérence cicatricielle. Ce procédé donc, qui résout le problème de la facile réduction et de la reposition d'un utérus inversé, crée malheureusement le danger d'une rétroversion adhérente. Or, ces critiques, qu'*à priori* je fais à la méthode de colpo-hystérectomie postérieure, je les ai soumises au contrôle clinique. La rétroversion a été constatée chez l'opérée de Borelius. Dans le cas de Westermark, au vingtième jour, l'utérus se présentait en rétroversion légère, médiocrement mais non complètement mobile. Revue quatorze mois après, elle était enceinte à 2 mois et l'utérus était en forte rétroversion. Grave, dans son cas, a constaté seize jours après l'opération que l'utérus était en *rétroflexion*, et il note que la plaie vaginale ne fut pas suturée et qu'on avait préféré tamponner le vagin avec de la gaze antiseptique.

Pour le procédé de colpo-hystérotomie antérieure que je défends, on envisage la cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de l'utérus sous son vrai jour, c'est-à-dire qu'on répond aux indications : de la facile réduction et reposition de l'organe et du placement de l'utérus en bonne position. De fait, avec la colpo-hystérotomie antérieure, aucune difficulté dans le temps de la réduction et de la reposition de l'organe, et, de plus, l'utérus est fixé en antéversion par l'hystéropexie vaginale.

Dans le cas que j'ai opéré, qui a donné un résultat favorable, on a pu ultérieurement constater une position normale de l'utérus. Il convient aussi de noter que l'examen microscopique de la muqueuse de l'organe inversé, abrasée au moment de l'opération, permit de constater une atrophie complète. Consécutivement à la réduction, la fonction menstruelle se rétablit. Il est permis d'admettre la régénération de la muqueuse dans la région où elle avait été abrasée.

A cause du danger de la rétrodéviation adhérente qui est une

conséquence de la colpo-hystérotomie postérieure, il n'est pas douteux que la colpo-hystérotomie antérieure a sur elle une supériorité incontestable, et que, la voie vaginale étant reconnue l'utile et la bonne dans la cure conservatrice de l'inversion chronique de l'utérus, il convient de substituer complètement à la colpo-hystérotomie postérieure la colpo-hystérotomie antérieure suivant le procédé que je recommande.

13e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, TENU A PARIS DU 2 AU 9 AOUT 1900.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

La séance d'ouverture a eu lieu le vendredi 3 août à 2 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de chimie de la Faculté des sciences, sous la présidence du professeur Terrier, assisté de MM. Pozzi, *vice-président ;* Hartmann, *secrétaire général ;* Bouilly, H. Delagénière, Laroyenne, Monprofit, Richelot et Segond, *membres du Comité.*

Après une courte allocution du professeur Terrier, sont nommés *Présidents d'honneur :* MM. Fritsch, Léopold, Martin, Schultze, Winckel, Zweifel, Simpson, Sinclair, Basterrica, Engelmann, Palmer Dudley, Pryor, Chrobak, Cortejarena, Treub, Calderini, Mangiagalli, Morisani, Goubaref, de Ott, Rein, Snéguiref.

Première question à l'ordre du jour :

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'UTÉRUS

1° Rapport de Dmitri de Ott (Saint-Pétersbourg).

Le bureau d'organisation de la section de Gynécologie m'a fait l'honneur de me nommer rapporteur pour la question du « Traitement chirurgical du cancer de l'utérus ». Cette dernière a été sans doute mise à l'ordre du jour pour enregistrer premièrement les résultats atteints dans le traitement de cette tumeur maligne et pour définir ensuite la voie à suivre au point de vue de la cure radicale. La question du traitement du cancer de l'utérus n'est à débattre que dans les limites de l'intervention chirurgicale, car c'est l'unique moyen que nous possédons, du moins actuellement, pour combattre avec succès l'affection cancéreuse de la matrice ; toutes autres délibérations sur des procédés

thérapeutiques seraient dépouillées de sens pratique. Mais, même dans les limites susmentionnées, la solution du problème qui nous occupe est tellement sérieuse et responsable que les déductions et conclusions ne peuvent s'appuyer que sur des faits minutieusement vérifiés et indiscutables.

Mon travail a été facilité par des données statistiques qui m'ont été fournies par mes collègues-compatriotes de différentes parties de notre vaste pays, bien que pour des raisons pratiques je n'aie pris en considération que le premier millier des cas qui me furent soumis. Cependant, c'est surtout ma clinique qui m'a guidé et que j'ai prise comme base, les 200 malades environ que j'ai opérées ayant été l'objet d'études et d'observations approfondies et minutieuses, non seulement pendant le cours de leur traitement, mais même longtemps après.

Je dois avant tout souligner que les observations sur l'utilité de divers procédés en cas d'affection cancéreuse des autres parties du corps humain ne peuvent être appliquées à l'utérus sans vérification spéciale, vu les particularités anatomiques et physiologiques de l'ovifère et son rôle biologique exclusif. Il y a même une différence dans l'affection de l'une et de l'autre partie de l'organe eu égard aux formes variées du néoplasme. En même temps je tiens à constater que le cours du cancer de l'utérus, son pronostic et la suite de l'intervention chirurgicale sont tout différents que dans les cas de cancer d'autres organes. En admettant la conformité au but dans la structure de chaque organe et la force de défense de l'organisme contre les influences pernicieuses, l'ovifère, étant prédestiné à la prolongation de l'espèce, doit être mis à la première place. Et, en effet, en examinant les particularités anatomiques, nous voyons que la matrice est un organe individuel qui possède des tissus que nous ne rencontrons pas dans les autres parties de l'organisme. Comme exemple, on peut citer la muqueuse et en particulier le tissu intraglandulaire, qui changent même leur structure dans l'état gravide, de même que la musculature, c'est-à-dire son hypertrophie et son hyperplasie pendant la grossesse et sa métamorphose originale dans le post-partum — l'involution de l'utérus. Le système des vaisseaux montre aussi une structure individuelle. Les susdites singularités doivent assurément jouer un grand rôle dans la propagation, le cours et l'issue de l'affection cancéreuse. Le cancer de l'utérus de même que son traitement radical doivent, par conséquent, former l'objet d'une étude spéciale.

C'est une thèse indiscutable que le traitement chirurgical est le

seul moyen de cure radicale du cancer de l'utérus; la question qui soulève des controverses, du moins actuellement, se rapporte exclusivement à la méthode opératoire. L'amputation partielle du col ou du corps de l'utérus, suivant l'affection de l'une ou de l'autre partie de l'organe, au lieu de l'extirpation totale, ne compte presque plus d'adhérents ; cependant, dans les derniers temps on a souvent proposé de ne plus se borner à l'ablation de l'utérus malade, mais d'enlever d'un même coup toutes les glandes rétropéritonéales en exposant les malades à la cœliotomie. Ces propositions sont sans doute évoquées par l'analogie avec les procédés opératoires dans les cas de cancer des autres parties de l'organisme, comme par exemple de la glande mammaire, etc. Les adhérents de la méthode citée laissent hors considération les particularités de la structure de l'ovifère, décrites plus haut ; même pour émettre des opinions théoriques il faudrait pouvoir s'appuyer sur des études spéciales, chacun de nous ayant eu l'occasion d'observer dans l'état post-opératoire des malades cancéreuses après l'extirpation de l'utérus des métastases, qui se développent dans des parties de l'organisme les plus éloignées sans qu'il y ait traces de récidive, dans celles attenantes au champ opératoire de même que dans les glandes rétropéritonéales. Mais a-t-on même le droit de réaliser en général cette proposition? Le risque de cette opération est incomparablement plus grand et n'est pas justifié par les arguments peu persuasifs des adhérents de l'extirpation prophylactique d'un certain nombre de glandes. En l'admettant même dans les cas où l'affection des glandes peut être constatée sans aucun doute ou supposée avec plus ou moins de probabilité, cette opération restera toujours une opération incertaine, — l'opérateur n'ayant jamais la certitude qu'il a enlevé vraiment toutes les glandes malades. Une telle manière de procéder n'est cependant pas nouvelle et est déjà depuis longtemps pratiquée dans la gynécologie, mais diffère essentiellement de la panacée qui exige dans tous les cas l'extirpation prophylactique des glandes, exposant les malades à tous les dangers de la cœliotomie.

Laissant même de côté toutes ces considérations, ainsi que les suites immédiates de l'opération, on pourrait se déclarer pour la nouvelle méthode si ses défenseurs citaient des chiffres plus favorables concernant la cure radicale du cancer de l'utérus que ceux atteints actuellement par l'extirpation vaginale de l'utérus seul. Mais, à ma connaissance, il n'existe aucune statistique y relative, sur laquelle on pourrait fixer un jugement définitif du procédé examiné ; dans ces conditions

l'extirpation totale de l'utérus par le vagin reste encore l'opération de choix.

Je me permets de présenter les résultats immédiats de cette dernière opération d'après les données des chirurgiens russes et de m'arrêter, vu l'intérêt spécial, sur les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'utérus dans ma patrie. L'extirpation vaginale de l'utérus, d'après les opérateurs russes, donne en moyenne une mortalité de 10,3 p. 100; mais chez certains opérateurs les résultats sont beaucoup plus satisfaisants. La mortalité dans ma clinique est réduite dans une série de 189 cas à 1,6 p. 100, y compris les issues mortelles, qui ne dépendaient pas directement de l'opération.

Les résultats de la cure radicale, cinq ans et plus après l'opération, dans les 1,000 cas susmentionnés, sont les suivants :

Plus de 5 ans	sont	restées	sans récidive	13	malades.
— 6	—	—	.....	6	—
— 7	—	—	.....	3	—
— 8	—	—	.....	1	—
— 9	—	—	.....	3	—
— 10	—	—	.....	4	—
			En tout.....	30	malades.

Pour arriver à des chiffres plus exacts, il faut tenir compte que de tous les 1,000 cas opérés 50 p. 100 des malades n'ont pu faire l'objet d'observations postérieures, tandis que dans les autres 50 p. 100 un laps de temps de cinq ans n'est pas encore écoulé pour environ la moitié des malades. Par conséquent la statistique que nous venons de faire ne se rapporte qu'à 250 cas; donc la guérison radicale se laisse constater pour la durée de cinq ans, au moins pour 12, pour la durée de six ans pour 68 p. 100. Il n'a pas été possible de ranger les malades selon la variété des formes de l'affection, le degré de propagation, etc., les annotations étant insuffisantes.

La statistique de la cure radicale à ma clinique est beaucoup plus favorable et la possibilité de distribuer les malades par les formes du néoplasme et les parties malades de l'ovifère lui donne une plus grande valeur. J'ai pris, selon le conseil de certains auteurs circonspects, comme terme de la guérison complète six ans à partir du jour de l'opération. Il reste ainsi de mes 189 malades 62 opérées avant le mois d'avril 1894. De ces dernières pour la plupart (47 ou 75,8 p. 100) il a

été constaté le cancer du col, et pour les autres (15 ou 24,2 p. 100) le cancer du corps (adénocarcinome). Dans 18 cas la guérison a été complète, ce qui donne 29 p. 100 de cure radicale. Toutes ces 18 malades furent minutieusement observées et presque toutes sont en vie jusqu'à présent; pour la plus ancienne déjà quinze ans ont passé sans récidive. Parmi les autres 44 opérées il y a eu des cas de récidive ; plusieurs d'entre elles furent perdues de vue et leur sort reste inconnu.

D'après les particularités pathologo-anatomiques la guérison radicale peut être distribuée comme suit :

Des 47 malades atteintes du cancroïde du col, furent guéries : 11 ou 22,4 p. 100.

Des 15 malades atteintes de l'adénocarcinome, furent guéries : 7 ou 47 p. 100.

Les chiffres cités démontrent que les adénocarcinomes donnent des résultats deux fois plus favorables : presque dans la moitié (47 p. 100) de toutes les malades opérées pour la susdite affection on peut compter sur la guérison complète, tandis que dans le cas de cancroïde seulement en 23,4 p. 100.

Je trouve indispensable d'ajouter pour la caractéristique complète quelques détails sur le manuel opératoire et sur les principes en général que suit ma clinique. Vu le caractère mortel du cancer de l'utérus sans l'intervention chirurgicale, nous pratiquons l'opération radicale dans tous les cas sans exception où elle peut seulement être menée jusqu'au bout. Ce principe donne dans certains cas des résultats inattendus : il n'est pas rare que des malades, qui semblaient par le degré de propagation du néoplasme condamnées à une mort certaine, restaient pendant quelques années libres de récidive et étaient parfois même guéries complètement. Il s'ensuit que le pronostic n'est pas toujours en relation directe avec le degré de la propagation de l'affection. Le diagnostic précoce (microscopique) est d'une grande utilité pour la définition du cancer de l'utérus ; très importante est, par exemple, la surveillance systématique des cas dans lesquels après le curettage nous trouvons l'adénome atypique ou malin (adenoma malignum seu destruans) ; ce dernier peut être considéré comme précurseur de l'adénocarcinome, dans lequel il dégénère souvent. Dans ces cas une observation vigilante est nécessaire pour ne pas laisser passer le moment favorable à l'opération radicale, si les symptômes se répètent.

L'ablation des annexes ne fut pas pratiquée chez nos malades sans indications spéciales et nous nous sommes bornés exclusivement à l'ex-

tirpation de l'utérus. Ce procédé relativement conservateur n'a jamais été cause de complications ou de suites défavorables et son avantage certain est la conservation de la vie sexuelle de la malade et l'absence des troubles pénibles de la castration et de la ménopause prématurée.

Nous employons dans presque tous les cas les ligatures et nous ne nous servons de pinces hémostatiques que dans des cas exceptionnels ou pour les démontrer à l'auditoire. Des hémorrhagies consécutives (dont toutes les malades furent rétablies) se sont fait voir dans environ 2 cas sur 100.

Nous ne fermons jamais complètement la communication entre le vagin et la cavité abdominale et nous ne mettons qu'un tampon léger de gaze iodoformée pour mieux assurer l'écoulement des sécrétions.

En conséquence de ce que la diminution si évidente de la mortalité (moins de 2 p. 100) comme suite de l'hystérectomie est due en grande partie au perfectionnement de la technique opératoire de la méthode vaginale, nos efforts se sont principalement dirigés de ce côté. Et en effet, dans tous nos cas sans exception, nous avons pu vaincre par ce procédé les obstacles sans être obligé de recourir à une opération dangereuse. Les réflexions sur la valeur et la préférence de l'opération citée concernent non seulement l'extirpation de l'utérus cancéreux, mais elles se rapportent de même à un grand nombre de cas où l'utérus fut atteint par d'autres tumeurs, les difficultés techniques à surmonter étant dans ces cas-là incomparablement plus grandes. L'hémisection de l'utérus par une incision longitudinale et surtout le morcellement doivent être considérés comme des acquisitions de grande valeur dans la chirurgie gynécologique.

Outre la complication du cancer de l'utérus par des tumeurs fibreuses — complication bien fréquente (dans ma clinique plus de 10 pour 100), qui peuvent atteindre un volume considérable, on doit encore noter, vu l'intérêt clinique, la complication par la grossesse. L'état gravide ne change en rien les principes et les règles du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, qui exigent l'ablation obligatoire de l'organe entier. Il s'agit seulement de trouver la méthode qui aurait le plus de chances de succès et qui n'exposerait autant que possible la vie des malades à de plus grands dangers que dans les cas de cancer de l'utérus non gravide. Je me déclare à cet égard avec toute conviction pour l'opération vaginale : je base cette conclusion sur une série de cas, que j'ai eu l'occasion d'opérer (jusqu'au commencement du septième mois de la grossesse). Après la section des culs-de-sac, le

décollement de la vessie et la ligature des artères utérines à la base des ligaments larges, comme nous le pratiquons dans chaque hystérectomie vaginale, nous diminuons le volume de l'organe en extirpant l'œuf : incision de la poche des eaux, extraction du fœtus et du placenta. Ces manipulations, ainsi que toute l'opération, n'offrent pas au point de vue technique de grandes difficultés, vu le ramollissement, l'état succulent et l'aptitude d'accommodement des parois utérines. Dans les cas de grossesse avancée et de viabilité du fœtus, ce procédé peut être pratiqué sans nuire à l'enfant, si seulement les culs-de-sac et le tissu cellulaire des ligaments larges sont encore libres de l'affection, si cette dernière n'est restreinte qu'à l'utérus seul, c'est-à-dire quand l'opération en général est indiquée. L'opération se rapproche dans ces cas du type de la coupe césarienne vaginale. Ainsi l'opération radicale doit être pratiquée dans toutes les périodes de la grossesse ; la méthode de choix est celle qui, donnant le plus de chances de succès, expose les malades à moins de dangers, c'est-à-dire que c'est l'opération vaginale qui est à préférer à la cœliotomie abdominale.

Je me permets ainsi d'affirmer que les efforts assidus de gynécologues russes, concentrés sur un des plus graves problèmes de la gynécologie, ont abouti à des résultats pratiques ayant été couronnés d'un certain succès, quant à la guérison radicale du cancer de l'utérus. Cependant il nous reste à persévérer dans la voie du perfectionnement de la technique opératoire, tout en veillant à ce que le diagnostic soit établi et l'intervention chirurgicale appliquée à temps. Nous devons aussi propager dans le public l'idée de la nécessité d'un examen minutieux des causes de troubles même insignifiants. Nous arriverons sûrement de cette façon à diminuer les cas d'issue mortelle, causée par l'opération même, et à élever le pourcentage de la guérison complète.

2e Résumé du rapport de Thomas S. Cullen (Baltimore).

L'orateur résume rapidement les perfectionnements graduels apportés à l'ablation des carcinomes utérins, depuis l'amputation du col, telle qu'elle était pratiquée par Schrœder et ses contemporains, jusqu'à l'hystérectomie de Freund perfectionnée, avec le cathétérisme

des uretères, tel que le pratiquent Pawlick et Kelly, et les opérations plus radicales d'extirpation des ganglions iliaques (Ries, Rumpf, Clark).

Cullen insiste ensuite sur les dangers de la greffe carcinomateuse dans les tissus sains au cours de l'opération. Il décrit en détail l'opération pratiquée par Werder (de Pittsburgh). Dans cette opération les risques de greffe cancéreuse sont réduits au minimum.

Les divers temps de l'opération abdominale, lorsque le cancer est limité au col, sont les suivants :

1° Ablation des masses carcinomateuses saillantes, de préférence quelques jours avant l'opération.

2° Pose de bougies dans les uretères.

3° Ligature des vaisseaux ovariens et des ligaments ronds.

4° Libération de la vessie d'avec l'utérus et les ligaments larges.

5° Ouverture des ligaments larges et dissection des uretères aux points où ils pénètrent dans la vessie.

6° Ligature des utérines près de leur origine.

7° Libération de la vessie de la voûte vaginale.

8° Séparation du rectum et du vagin.

9° Ablation des ganglions lymphatiques du pelvis.

10° Dissection des culs-de-sac vaginaux.

11° Fermeture de la cavité pelvienne par une suture du péritoine vésical avec celui du rectum ; un aide tirant fortement le col en bas pendant ce temps de l'opération.

12° Fermeture de l'abdomen.

13° Section de la voûte vaginale au bistouri ou au thermo-cautère, de manière à isoler complètement l'utérus et une collerette vaginale l'entourant.

14° Placement d'un petit tampon de gaze au niveau de la partie réséquée de la voûte vaginale.

Comme on peut le voir, dans ce procédé, l'utérus est libéré partout, le vagin est séparé de la vessie et du rectum, les cavités, pelvienne et abdominale sont fermées avant que l'opérateur ait touché au col carcinomateux. Il n'y a alors que peu ou pas de dangers d'inoculation cancéreuse. Cullen conseille cette manière de procéder pour tous les cas où la malade n'est pas excessivement affaiblie ; mais il faut se contenter d'une opération exclusivement vaginale quand elle n'est pas vigoureuse.

Dans l'adéno-carcinome du corps de l'utérus, on peut faire la même opération, mais il est inutile de réséquer la voûte vaginale.

L'orateur analyse alors sommairement 176 cas de cancers de l'utérus observés au Johns Hopkins Hospital pendant les six dernières années.

	CAS OPÉRÉS.				AU 1er JANVIER 1900
Carcinomes pavimenteux du col	61	cas, dont	13,	soit 21 0/0	bien portants
Adéno-carcinomes du col	12	—	2	16	—
Adéno-carcinomes du corps	30	—	19	— 63	—

	CAS VENUS TROP TARD POUR ÊTRE OPÉRÉS.
Carcinomes pavimenteux du col	62
Adéno-carcinomes du col	6
Adéno-carcinomes du corps	5

Le pronostic est surtout favorable dans le carcinome du corps ; il l'est le moins dans l'adéno-carcinome du col.

3° Rapport de L. Gustave Richelot (Paris).

Dans la chirurgie du cancer il faut savoir nous borner. Estimons-nous heureux de sauver quelques femmes et de prolonger des existences par un acte empirique, faute de posséder le secret du mal et son remède. Ce n'est pas la chirurgie qui trouvera la guérison du cancer, et il est fort douteux que la médecine y réussisse par l'invention d'un sérum et l'atténuation d'un microbe introuvable. Peut-être seulement les progrès de l'hygiène et du régime nous feront-ils un jour moins nerveux, moins arthritiques, moins exposés aux troubles trophiques, aux anarchies cellulaires, aux scléroses, aux néoplasmes de toutes sortes.

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur la valeur du traitement chirurgical du cancer utérin. Ils traduisent notre habituelle impuissance à triompher de cette cruelle affection, mais ils font entendre que nos efforts si précaires peuvent être cependant récompensés.

En abordant cette question, que j'aurai à peine le temps d'effleurer, je me propose, non de décrire des procédés et des nuances d'exécution, mais de comparer entre elles des méthodes afin de montrer dans quelles conditions et dans quelle mesure l'intervention peut donner de

sérieux résultats. Au lieu de ressasser les détails du manuel opératoire, il sera plus utile de chercher dans quel esprit nous devons aborder la cure chirurgicale d'un cancer de l'utérus.

Nature et évolution du cancer utérin. — Pour éviter de marcher à l'aventure, il faut nous demander d'abord sur quel terrain nous sommes. Un mot seulement — sans aucune prétention à traiter le sujet en détail, et sans perdre de vue la région pelvienne — sur la nature et l'évolution du cancer.

La théorie parasitaire est aujourd'hui en honneur; presque tout le monde y croit ou voudrait y croire. Elle est simple, elle séduit l'esprit; elle est d'accord avec le courant qui nous entraîne depuis quelques années. Elle fait luire l'espoir des guérisons définitives en donnant au cancer les apparences d'un accident, d'un ennemi survenu par hasard et qu'on peut détruire en entier, sans retour; aux uns elle inspire « une confiance absolue, inébranlable dans le traitement opératoire des tumeurs malignes »; aux autres elle permet d'entrevoir le sérum libérateur. Malheureusement les auteurs se sont épuisés en efforts inutiles pour découvrir le microbe; les fameuses coccidies sont des cadavres ou des débris de cellules dégénérées; d'après les travaux les plus récents, les tumeurs sous-cutanées ou parenchymateuses, provoquées chez les animaux par l'inoculation des cultures virulentes de blastomycètes réputées capables de produire cancers et sarcomes, ne présentent rien qui ressemble à un néoplasme épithélial ou conjonctif : ce sont des nodules inflammatoires, des granulomes analogues à ceux qu'on trouve dans diverses maladies parasitaires. Quant à l'opinion des cliniciens, elle repose sur des bases bien fragiles : on a vu en quelques années ou quelques mois plusieurs cancers dans la même maison, plusieurs le long d'un cours d'eau ; tandis que le village était sain, il y en avait à la lisière du bois. Les auteurs qui ont fait ces remarques ne nous disent pas si l'eau est plus dangereuse que l'arbre. Celui-ci, toutefois, semble avoir la préférence; les galles des végétaux sont leurs tumeurs malignes, certains parasites connus les engendrent..., et l'imagination se met en campagne sur des analogies grossières et de naïves hypothèses.

La théorie parasitaire n'a rien, au fond, qui m'inquiète; car, fût-elle solidement établie, elle ne ferait pas de l'organisme un terrain neutre, incapable de modifier l'évolution du cancer, de précipiter ou de retarder sa marche. Qu'on me la démontre, et demain j'y croirai; mais je reste fidèle, jusqu'à nouvel ordre, à la doctrine qui fait de la

tumeur maligne un trouble nutritif indépendant des causes extérieures.

Le cancer est une prolifération atypique des cellules épithéliales qui, au lieu d'évoluer naturellement vers la lumière des conduits excréteurs, subissent une véritable « désorientation », pullulent en tous sens, emprisonnent des globes épidermiques, retiennent les produits d'élimination, progressent dans les parties voisines en comprimant et atrophiant les éléments sains. On cherche le parasite ; mais c'est elles qui, une fois l'impulsion donnée, jouent le rôle de parasites pour ainsi dire autochtones à l'égard des tissus de l'organisme et le contaminent par deux procédés : d'une part, elles envahissent de proche en proche en créant autour d'elles une « zone de transformation » ; d'autre part, elles vont au loin, par les vaisseaux lymphatiques, former des tumeurs secondaires, histologiquement pareilles à la tumeur primitive.

C'est fort bien, direz-vous, mais qui donne l'impulsion ? Et devant la faillite actuelle, sinon définitive, de la théorie microbienne, où trouver la cause d'inhibition des justes lois qui régentent la société cellulaire ? Je réponds : dans l'organisme.

Quand Virchow soutenait l'origine irritative banale du carcinome, il avait à combattre les vieilles écoles, aux yeux desquelles tumeur primitive, tumeurs à distance et cachexie étaient, au même titre, l'expression de la « diathèse » ; et la diathèse cancéreuse était une maladie formelle, une dyscrasie contre laquelle nous restions impuissants. Il luttait pour le cancer primitivement local et la « dyscrasie deutéropathique ». Aujourd'hui, le cancer primitivement local, l'infection secondaire et les métastases sont des points hors de discussion. Mais les faits acquis ne suppriment pas la notion de cause, et Broca avait raison, dans son Traité des tumeurs, de reprendre le mot diathèse, d'en rectifier le sens, et de désigner par lui non plus une maladie générale créant des localisations, mais la disposition de l'organisme à engendrer la néoplasie.

Cette disposition est pour moi l'évidence même ; il y a un terrain pour le cancer. J'en trouve une preuve dans les liens qui le rattachent, comme l'a vu autrefois Bazin, aux affections groupées sous le vieux nom d'arthritisme, et dans l'hérédité, qu'il est si facile de toucher du doigt. Cent fois j'ai vu le cancer et les maladies arthritiques se transmettre, alterner, coïncider de façon telle qu'il me faudrait un bien grand scepticisme pour ne pas ranger la tumeur maligne dans une famille pathologique où elle trouve si naturellement sa place.

J'entends bien qu'on nous dit : « Si le cancer est une maladie constitutionnelle, aucun procédé chirurgical ne peut en amener la guérison. » Qu'en savez-vous? Sans doute, j'aimerais mieux qu'il n'eût pas de racines dans l'économie, et qu'on pût le guérir à coup sûr, à la seule condition de l'enlever totalement. Je reconnais même que la récidive est le plus souvent une simple continuation du mal, après une ablation incomplète ; cela est vrai surtout pour les repullulations rapides. Mais rien n'empêche qu'il y ait de véritables récidives, survenant plus tard sur le lieu même ou à distance, et constituées par du cancer nouveau. Seulement, qui vous dit que ce nouveau cancer apparaîtra? qui vous dit que la tumeur, enlevée en totalité, se reproduira fatalement? La récidive, au sens propre du mot, est éventuelle et peut ne venir jamais. Et c'est justement cette action mystérieuse et diverse de l'économie qui règle sur place le degré de l'anarchie cellulaire, modifie son évolution et détermine son pronostic. C'est elle qui nous donne prise contre le mal, mais nous trace d'infranchissables limites ; c'est elle qui assure d'emblée notre défaite ou consolide nos succès. Revenons, pour nous en convaincre, à la région qui nous intéresse.

Il n'est pas douteux que la marche du cancer de l'utérus est très variable, et que nous n'avons aucun élément certain pour la prévoir. Les différences que les auteurs signalent entre les formes ulcéreuses, végétantes, infiltrées, superficielles, cavitaires, sont des apparences vaines ; leurs opinions sur les nuances de la malignité sont contradictoires. J'admets, comme tout le monde, que l'évolution est plus rapide chez les très jeunes femmes : encore n'est-ce pas une règle invariable. Mais ce qui est frappant, c'est l'allure absolument opposée que peuvent avoir, chez des femmes d'âge analogue et sans raison apparente, deux cancers ayant la même structure et siégeant au même point. J'ai opéré des épithéliomes du col intéressant à peine le tiers ou la moitié d'une des lèvres, et qui certainement n'étaient pas très loin de leur début ; le mal s'est reproduit à bref délai. J'en ai opéré d'autres qui avaient infiltré, raccourci, excavé le museau de tanche, et qui m'ont donné des succès inespérés.

Exemple : une femme de 32 ans dont j'ai rapporté l'histoire au dernier Congrès de chirurgie ; elle n'avait plus qu'un bourrelet cancéreux au fond du vagin, avec une zone d'envahissement sous le bas-fond de la vessie, et, depuis dix ans qu'elle est opérée, elle se porte bien. Voilà un cancer qui avait eu le temps de franchir l'utérus et de se répandre au dehors ; mais sa marche était lente, sa prolifération peu active ;

sans doute il avait mis longtemps à détruire le col sans révéler sa présence et, malgré l'étendue et la profondeur de l'ulcère, il n'avait pas envoyé de cellules dans les ganglions. Tels sont les cas heureux, malheureusement trop rares, qui nous laissent le temps d'agir. Mais pourquoi ces différences?

Un autre fait remarquable et bien connu, c'est le pronostic meilleur des cancers du corps. Ils durent des années, ils restent beaucoup plus longtemps circonscrits et opérables. Pourquoi? L'anatomie de la muqueuse et de la paroi utérine, la disposition des lymphatiques ne nous disent pas comment il se fait que l'utérus, profondément dégénéré à sa face interne et réduit à une coque mince ne soit pas toujours entouré d'une zone en puissance de cancer et de ganglions infectés.

En somme, il est constant que le cancer utérin traverse deux périodes, qu'il reste enfermé dans l'utérus avant d'envahir les régions voisines, et que la durée de ces deux périodes est soumise à des conditions inconnues, sans doute à l'influence du « tempérament morbide ». Or, la première, celle qui nous intéresse le plus, est malheureusement trop courte; mais nul ne peut la mesurer, et maintes fois peut-être elle nous paraîtrait assez longue si nous pouvions la surprendre à son origine. Cela dit, quel est notre but, et quelles peuvent être nos prétentions?

But et valeur de l'intervention chirurgicale. — Le but rêvé, c'est d'intervenir pendant la première période, avant que la moindre cellule cancéreuse ait cheminé hors de l'utérus. Nous pouvons le faire en opérant très près du début; nous pouvons le faire aussi en arrivant un peu plus tard, si la chance nous fait tomber sur un cancer à marche lente. Alors, qu'arrivera-t-il? N'ayant pas laissé trace de tissu morbide, nous n'avons rien à redouter de notre ennemi ordinaire, la récidive par simple continuation. Et nous sommes bien près de tenir la guérison radicale; nous la tiendrons, en effet, sans l'arrière-pensée d'une prédisposition de l'organisme qui peut n'être pas épuisée et reproduire un nouveau cancer à plus ou moins longue échéance. Mais ce n'est là, je le répète, qu'une éventualité; et voilà pourquoi, tout en avouant l'instabilité de nos victoires, il nous est permis de croire au succès définitif.

Telle était, il y a quinze ans, l'idée qui nous inspirait : prévenir l'envahissement, et non le poursuivre. Tel est, aujourd'hui encore, le véritable traitement du cancer utérin. Hors de là, tout est précaire, incertain, ou condamné d'avance.

Non, certes, que l'intervention soit toujours sans portée, quand nous opérons des utérus bien mobiles et que, malgré notre diligence, nous arrivons trop tard. Que veulent dire ces guérisons prolongées, qui durent trois ou quatre ans et finissent par une récidive? On ne peut admettre à tout propos l'éclosion d'un nouveau cancer. N'y a-t-il pas, dans ces reproductions tardives, la preuve que l'invasion était commencée ; mais que, la suppression de l'utérus l'ayant arrêtée de bonne heure, les cellules émigrées sont restées là, sommeillant au sein des tissus ? Je conçois que, pendant ces longues survies qui donnent l'illusion de la santé, mais qui ne sont pas indéfinies, les éléments épithéliaux restés seuls et sans affluence nouvelle mènent une vie moins active, et provoquent dans leur voisinage une transformation lente, insensible, un désordre longtemps inaperçu. Et j'imagine que cela arrive quand l'émigration des cellules a été discrète avant l'intervention, et aussi quand l'organisme le veut bien ; quand le mode de nutrition des tissus, leur degré de résistance imposent aux éléments nuisibles cette lenteur d'évolution. Voilà pourquoi nous avons des succès relatifs, qui sont loin d'être sans valeur, dans quelques-uns des cas où l'envahissement nous a devancés.

Il y a plus encore : l'invasion commencée et visible n'est pas toujours une raison pour perdre courage. J'ai parlé des cancers un peu trop mûrs qui m'ont donné des guérisons persistantes. Presque toujours ces cols détruits, affleurant les culs-de-sac, supposent une infiltration déjà étendue et profonde ; comment connaître ceux qui, par exception et par bonheur, échappent à cette règle ? Nous n'avons qu'un signe, et encore nous fait-il bien souvent défaut : c'est le rapport entre l'étendue actuelle des lésions et la durée de l'évolution antérieure. Ce fait est le seul qui puisse nous fournir une apparence de pronostic et nous rendre hardis dans l'exécution. Trop souvent, la femme ne peut rien nous dire sur le début de son mal ; mais quand elle a pu être observée, et quand cette période d'observation a duré de longs mois, fût-elle sur la limite des cas opérables, elle peut encore être sauvée ou guérie pour longtemps ; la lenteur constatée de l'évolution nous donne l'espoir que l'envahissement est minime, que nous pourrons l'atteindre et le dépasser, qu'il y a seulement infection de proche en proche, et non transport des cellules à distance. Voilà pourquoi il nous est bien difficile de nous en tenir au précepte étroit de n'opérer que des cancers très petits ; voilà pourquoi il nous arrive de risquer, sans légèreté ni aveuglement, des opérations qui n'ont pas grandes chances de succès ; d'opérer un

peu plus souvent que ne paraît l'indiquer l'extrême prudence, pour tomber sur les cas heureux qui voudront bien se présenter.

Ces réserves faites, j'insiste encore: l'opération vraiment curative est celle qui précède toute infiltration hors de l'utérus. Et nous la faisons de temps à autre, car je crois à quelques guérisons.

La situation n'est-elle pas la même pour tous les organes? Et quand nous sommes réduits à poursuivre le cancer dans les voies lymphatiques, ne devons-nous pas avouer que nous sommes débordés et que nous continuons, par devoir, une lutte inégale? Car, il ne faut pas nous leurrer sur la valeur des extirpations ganglionnaires. Dans quelle région, cou, estomac, rectum avons-nous la prétention de supprimer tous les ganglions atteints, toutes les parcelles de tissus qui peuvent recéler un espace lymphatique et des cellules cancéreuses? La mieux disposée pour seconder nos efforts, la région mammaire, nous donne elle-même trop souvent la preuve de notre impuissance. Ne perdons pas de vue ces idées, et nous jugerons mieux, tout à l'heure, les méthodes rivales.

L'hystérectomie vaginale. — Sa raison d'être. — Sa bénignité. — Son efficacité relative. — L'hystérectomie vaginale est fort dénigrée aujourd'hui. Comme s'ils lui en voulaient de n'avoir pas guéri miraculeusement tous les cancers, beaucoup de bons esprits la condamnent et se laissent entraîner par le mirage d'une méthode plus parfaite. Plusieurs, négligeant les faits qu'ils n'ont pas vus de leurs yeux, prétendent qu'elle n'a jamais rien valu; qu'elle est irrationnelle puisque les ganglions lui échappent, et mérite d'être oubliée au même titre que les amputations partielles d'autrefois.

Il y a, dans cette opinion excessive, inexpérience des faits et manque de doctrine. Tandis que les sections du col, même au-dessus de l'insertion vaginale, laissent persister l'infiltration qui a cheminé à travers l'isthme et touché la muqueuse utérine; tandis que les sections, même précoces, à l'examen histologique, laissent voir entre les faisceaux musculaires des boyaux de cellules cancéreuses divisés par le bistouri et dont la suite est restée sur le moignon, par l'extirpation totale nous enlevons toutes ces causes de récidive immédiate, tout ce qui s'est propagé de bas en haut, tout ce qui n'a pas franchi le tissu utérin, peut-être même, en détruisant les annexes et la base du ligament large, l'envahissement à son début. Ainsi notre intervention est raisonnable et supérieure aux sections du col, en même temps qu'elle est modeste et reconnaît les limites qui lui sont imposées par la force des choses;

elle nous promet des succès durables dans les cas où des cellules encore peu nombreuses auront émigré discrètement vers les parties voisines et voudront bien y sommeiller longtemps (survies prolongées) ; dans ceux plus rares où nous aurons la chance d'intervenir avant que les vaisseaux lymphatiques aient porté hors de l'utérus aucun germe de repullulation (guérisons définitives). En d'autres termes, elle répond au précepte que j'énonçais tout à l'heure, « prévenir l'envahissement, non le poursuivre », et aux considérations que je résume dans cette autre formule, « profiter de la lenteur d'évolution et de la résistance organique ». J'ai contribué jadis à vulgariser l'hystérectomie vaginale, et je compte encore parmi ses défenseurs parce qu'elle est douée d'un pouvoir malheureusement restreint, mais très nettement défini ; parce qu'elle est, quoi qu'on en puisse dire, une méthode *rationnelle*.

En même temps, l'opération est bénigne. Il ne faut pas s'en tenir à la gravité relative des deux ou trois premières années, alors que nous étions novices, mal outillés, mal renseignés sur les signes de l'envahissement. Il ne faut pas s'inspirer des chirurgiens qui aujourd'hui même font des opérations hasardées, encore moins de ceux pour qui la voie vaginale est pleine d'écueils et de mystères.

Les résultats sont variables. Toutes les séries sont courtes, car, si nous voyons un grand nombre de cancéreuses, il y en a fort peu qui nous arrivent à temps. J'éviterai les énumérations et les statistiques ; pour ma part, j'ai 100 cas avec 6 morts, et les chiffres que nous avons réunis Barozzi et moi, pour un ouvrage actuellement sous presse, donnent une mortalité moyenne de 7,8 p. 100. Les partisans irréductibles de la voie haute ont mis la main avec empressement sur une ou deux séries défectueuses — 17 et 19 p. 100 — qui appartiennent à des chirurgiens de premier ordre. C'est mal argumenter que de s'écrier : « 19 p. 100 entre les mains des meilleurs opérateurs ! », et de laisser dans l'ombre les 2 p. 100 de Ott, 1 p. 100 d'Olshausen, 8 p. 100 de Landau, et la moyenne très satisfaisante que je viens de citer. Quelques faits malheureux, entre des mains habiles, montrent les dangers qui guettent le chirurgien lorsqu'il est surpris par un diagnostic difficile, ou cherche à tirer parti d'un cas douteux ; mais, pour tout homme qui étudie ses observations plutôt que des relevés pris en bloc, ils s'effacent devant la simplicité merveilleuse et la réussite presque certaine de toutes les opérations qui portent sur des tumeurs bien circonscrites et des utérus bien mobiles,

les seules, après tout, sur lesquelles il soit prudent de compter pour avoir des résultats satisfaisants.

Enfin l'hystérectomie vaginale, en dépit de ses détracteurs, s'est montrée *efficace;* elle a donné des survies prolongées et des guérisons persistantes. Pensez toujours aux chiffres peu élevés des auteurs, qui commencent à 12 ou 15 pour dépasser rarement la centaine, et vous jugerez mieux ce que vaut le petit nombre des cas heureux. Les survies de trois à sept ans ne sont pas rares; Bouilly avait en 1897 une guérison temporaire de cinq ans, plusieurs de quatre ans et demi et trois ans; en 1894, j'en avais une de cinq ans et demi. Mais ce qui nous intéresse encore davantage, c'est l'absence de récidive notée par l'auteur au moment où il écrit. Ott (de St-Pétersbourg) a des guérisons persistantes après douze, onze, dix, huit et six ans; Landau, après neuf et demi, huit, sept, six, cinq, quatre ans, etc. ; Le Dentu et Pozzi, après six ans; Quénu, Terrier et Hartmann, Routier, après cinq ans; Olshausen, Fritsch, Lauwers ont eu des succès analogues. A l'heure actuelle, voici mes résultats :

J'ai deux malades anciennes, dont la première a vécu douze années sans récidive, et est morte d'une hémorrhagie cérébrale ; la seconde est toujours bien portante, elle a treize ans et demi de guérison. Les suivantes, que j'ai sous la main, vivent en bon état depuis onze ans, dix ans, neuf ans, sept ans, cinq ans, quatre ans passés, quatre ans, trois ans et demi, trois ans; je laisse de côté les plus récentes.

J'en ai perdu de vue, bien portantes, après cinq ans, quatre ans et trois mois, quatre ans, trois ans et dix mois, trois ans et demi. Et je note en passant que, parmi ces malades qui ont si largement bénéficié de l'intervention, il y avait un col « très rongé, presque détruit », mais avec mobilité parfaite de l'utérus; un col « très raccourci, très excavé » ; un col « friable et très infiltré » ; un cul-de-sac postérieur « légèrement envahi ».

On nous dit : « Ce n'était pas des cancers ! » et on accuse ainsi de légèreté un nombre imposant de chirurgiens qui ont cependant l'habitude d'étudier leurs malades et d'examiner leurs pièces. Le diagnostic du cancer utérin n'est pas difficile; presque toujours il est évident, même dans les cas franchement opérables. Jamais, sans parler des autres signes, la rénitence du col infecté, déchiré ou sclérosé, ne simule la dureté ligneuse et la surface bosselée du cancer ; un doigt tant soit peu exercé ne peut guère s'y laisser prendre. Mais au début,

quand l'épithéliome naît à peine? Ceux qui l'ont vu à cette période ont, en vérité, beaucoup de chance. Et les novices? Nous l'avons tous été, et tous nous avons pris des métrites pour des cancers ; tous nous pouvons être encore trompés, une fois par hasard, par un cas exceptionnel. Mais cela veut-il dire que la statistique en est faussée? La question n'est pas de savoir si un observateur exercé peut hésiter quelquefois sur les apparences cliniques ; si même l'histologie peut, sur de rares spécimens, avoir quelque peine à se prononcer. Il est toujours facile, avec de la bonne foi, d'éliminer les cas douteux ou négatifs et de publier des chiffres incontestables. Si enfin quelques erreurs connues du microscope font hésiter votre jugement, dites quel trouble infiniment petit peut apporter dans nos calculs cette imperfection de la science humaine, quand nous voyons partout les chirurgiens les plus attentifs et les mieux outillés nous apporter des faits heureux en minorité, sans doute, mais en nombre tel que nous serions fous d'y voir un motif de découragement.

Ce que je dis de la métrite, je le dis à fortiori des autres causes d'erreur. Le chancre du col utérin est inconnu, je pense, de la plupart d'entre nous ; Fournier, dans son immense pratique, m'a dit n'en avoir jamais vu. J'ai enlevé l'utérus, en 1894, pour un col tuberculeux ; il ressemblait à une métrite banale, mais nullement à un épithéliome. Vitrac a publié une observation de « tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer » ; mais la description ne répond pas au titre, car « la consistance de la tumeur était élastique, souple, donnant au doigt explorateur la sensation d'une surface mûriforme et veloutée » ; l'examen histologique a montré les tubercules, et aucune erreur n'a été commise. Une « hypertrophie glandulaire utéro-vaginale simulant une tumeur maligne » est décrite par Sinéty ; « la consistance fait penser à un amas d'œufs de Naboth ; l'aspect des kystes multiples constituant la tumeur, leur couleur blanc grisâtre, leur transparence, ne laissent aucun doute sur la nature de la lésion ». Encore un titre abusif, et une erreur qui n'a pas été faite.

Je pourrais continuer, mais pourquoi chercher tant d'arguments? Certains faits tranchent la question. J'opère une malade en 1886 ; au bout de cinq ans et demi elle est bien portante. Cette guérison prolongée vous paraît suspecte? Rassurez-vous, la malade meurt de récidive à la fin de la sixième année.

Autre exemple : une femme avait subi l'amputation du col ; après deux ans il y eut récidive ; Ott lui fit alors une hystérectomie vagi-

nale, et six ans plus tard la guérison ne s'était pas démentie. Était-ce, oui ou non, du cancer ?

Si encore vous contestiez les seules « cures radicales », on pourrait s'entendre. Quelques auteurs exagèrent manifestement quand ils parlent de guérison définitive après trois ans révolus; même après cinq ans, même plus tard si vous voulez, même toujours, évitons d'employer ce mot, bien que je sois fort tenté de considérer comme telles les guérisons qui durent depuis neuf, dix et douze ans. Mais nier les « cures prolongées » et les bienfaits de l'hystérectomie vaginale après des cancers typiques, nettement démontrés par la clinique et par l'histologie, c'est tout bonnement nier l'évidence. Et puisqu'en faisant toutes les concessions, en admettant les erreurs possibles, je puis citer, sans l'ombre d'un doute, au moins 18 malades sur 100 à qui j'ai amplement rendu service et dont plusieurs semblent guéries définitivement, je dis que nos prévisions d'autrefois étaient légitimes ; que seuls peuvent se dire désillusionnés ceux qui avaient rêvé l'impossible, et qu'enfin, malgré les défections et les plaidoyers tendancieux, la cause de l'hystérectomie vaginale n'est pas encore perdue. On a dit que nous avions fait d'elle « notre chose », et que nous y tenions « par amour-propre ». Les arguments et les chiffres que j'ai donnés montreront, j'espère, que les chirurgiens dont l'opinion ne s'est pas mise à la mode obéissent à d'autres mobiles et cherchent d'abord la vérité.

L'hystérectomie abdominale. — Ses prétentions. — Sa gravité. — Ses résultats. — J'examinerai maintenant l'intervention par la voie sus-pubienne, ce qu'elle nous promet et ce qu'elle nous a donné jusqu'ici.

Tout d'abord, faisons justice de la chirurgie audacieuse qui aborde couramment, sans crainte et sans vergogne, les cancers envahissants, et trouve plus « scientifique », plus « chirurgical » de réséquer les ligaments larges, de fouiller à travers les infiltrats et les parcelles néoplasiques, de poursuivre les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte. Presque toutes les opérations abdominales de ces dernières années ont été faites dans ces conditions, comme si les cancers diffus n'avaient pas encore donné assez de déceptions aux chirurgiens. Et vraiment je n'ai pas le courage de les discuter en détail. Je veux bien qu'on n'ait pas renoncé d'avance à tout espoir ; mais qu'après y avoir passé on ait encore la prétention « d'enlever tout » et d'empêcher le cancer de revenir, c'est une illusion qu'il faut absolument repousser.

Tout autre est la doctrine spécieuse qui, jetant par-dessus bord les

cancers envahissants, considère l'hystérectomie abdominale comme le traitement des cancers franchement opérables, aussi près de leur début qu'on peut les rencontrer. Celle-ci mérite qu'on l'examine de près, car elle a pour elle d'être moins osée, moins meurtrière et plus logique. Il s'agit, en somme, d'adopter ici les mêmes principes que pour tous les cancers : intervenir le plus tôt possible, et enlever non seulement la tumeur primitive, mais la zone lymphatique et les ganglions correspondants. La méthode abdominale, comprise de cette manière, vise particulièrement les cas où il n'y a pas de propagation cliniquement appréciable, et exige, au cours des opérations les plus simples, toujours et de parti pris, l' « évidement du bassin ».

Son premier argument est celui-ci : les ganglions sont toujours envahis, et la voie haute permet seule de les atteindre. Mais il y a là une pétition de principe. Les affirmations des auteurs sont contradictoires ; j'en citerai quelques-unes.

Jacobs a opéré deux séries de malades : les 8 premières étaient trop avancées, il les renie avec raison ; chez les 15 suivantes, opérées à temps, les seules où la question puisse être posée, il assure que les ganglions étaient cancéreux. Hélas ! nous avons tous eu des séries de quinze opérées chez lesquelles la récidive ne s'est pas fait attendre, et nous savons bien qu'on peut trouver quinze fois de suite les ganglions malades.

Mais voici d'autres chiffres : Roger Williams a vu l'infection ganglionnaire 56 fois dans 78 autopsies. Peiser, invoquant les travaux de Dittrich, Cruveilhier, Pawlick, Russel, affirme que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du col sont touchés dans 50 pour 100 des cas, au moment où la malade vient consulter le chirurgien. Comment ! 22 fois sur 78, d'après un auteur, 1 fois sur 2 d'après l'autre, nous pourrions enlever la tumeur primitive sans nous occuper des ganglions et peut-être compter sur la cure radicale ! C'est plus beau que nature ; et, cependant, voilà sur quels chiffres on s'appuie pour trouver la situation désespérante !

En réalité, les guérisons persistantes après l'hystérectomie vaginale prouvent assez que les ganglions pelviens sont quelquefois indemnes, et pour supprimer ces cas heureux il ne suffit pas de les déclarer impossibles. Une autre preuve, difficile à réfuter, se tire des opérations sus-pubiennes dans lesquelles l'utérus seul a été enlevé, et qui cependant n'ont pas donné de mauvais résultats. La plus célèbre est la première de Freund : la malade, opérée le 30 janvier 1878, vivait encore en

1893, avec une santé parfaite. On ne faisait pas l'évidement à cette époque ; la méthode sus-pubienne n'était qu'une autre manière d'enlever l'utérus. Il est donc certain qu'on peut vivre quinze ans, alors même qu'on n'a subi ni évidement, ni recherche ganglionnaire. Que diriez-vous, s'il se fût agi d'une hystérectomie vaginale ? Erreur de diagnostic ! Mais comme on a pris la voie haute, j'ai beau chercher dans vos écrits, c'est une idée qui ne vous est pas venue. Je citerai tout à l'heure deux malades chez lesquelles je n'ai enlevé ni ganglions ni tissu cellulaire, et dont la survie a l'indiscrétion de se prolonger. Voilà des faits qui se retournent contre vous et qui plaident indirectement la cause de l'hystérectomie vaginale. Vous ne pouvez prendre à votre actif — et encore, sans préjuger le résultat — que ceux dans lesquels on a disséqué la zone lymphatique et trouvé des ganglions malades ; et il reste, en somme, que « les lymphatiques pelviens ne sont pas envahis dès le début », comme le dit Lauwers — un rallié, que « le souci de la vérité » oblige à rendre hommage à la voie basse, tout en lui tournant le dos.

Mais, direz-vous, puisqu'on ignore à quel moment se fait la propagation, n'est-il pas plus sûr d'adopter toujours la voie haute ? Oui, s'il n'y avait, pour sauver sa malade, qu'à prendre les ganglions avec la main. Mais voyez donc un peu les choses comme elles sont, et que le bon sens l'emporte enfin sur la logique ! Vous avez devant vous la tumeur primitive et les ganglions, la zone infectée de la paroi vaginale et du paramétrium, les traînées invisibles à travers les tissus. Or, si peu qu'on réfléchisse et qu'on regarde, on a peine à comprendre que des chirurgiens puissent rêver la dissection intégrale des tissus contaminés. La comparaison avec le cancer du sein est spécieuse. Les ganglions axillaires sont réunis en paquet, plongés dans une masse adipeuse qu'on détache facilement ; et pour détruire tous les tissus, tous les vaisseaux lymphatiques entre la tumeur et le groupe ganglionnaire, il est loisible de tailler largement, profondément, et d'enlever en masse la peau, la graisse, l'aponévrose, les muscles même, sans avoir ni organes à ménager, ni dangers à courir. Aussi n'est-il pas un chirurgien qui néglige l'évidement de l'aisselle. Il faut croire, cependant, que nos doigts épargnent souvent quelque glande accolée aux vaisseaux ou perdue vers la clavicule, puisque l'infection continue et se généralise ; il faut croire que les irradiations parties du néoplasme déjouent notre poursuite à ciel ouvert, puisque la récidive a lieu si souvent dans le voisinage de la cicatrice. Et s'il en est ainsi dans une région

où nous avons nos coudées franches, que pourrons-nous faire dans la cavité pelvienne ? Que signifie ce dédoublement du ligament large, comme si nous pouvions racler ses deux feuillets, et cette mise à nu de l'uretère, comme si nous pouvions le dépouiller réellement, détruire les dernières travées conjonctives, suivre à la piste les cellules cancéreuses le long des artères iliaques ? Les ganglions ne sont que des relais sur le trajet de l'infection ; à quoi sert d'en prélever quelques-uns.

Et d'ailleurs, cet évidement — mot bizarre, dont l'exagération devrait nous dispenser d'une critique approfondie — le faites-vous en vérité ? J'entrevois des cas où le décollement d'un feuillet séreux et l'ablation de quelques lambeaux vous serviront d'acquit de conscience. M'est avis que, si on marche dans cette voie, certaines cavités pelviennes auront des airs tellement innocents que les hardis explorateurs se sentiront faiblir, et qu'il y aura des évidements plus que discrets et des hystérectomies très simples. J'en veux pour preuve les observations mêmes de Jacobs. Parmi les quinze, il y en a six où on enlève « un petit ganglion », « deux petits ganglions », « ganglions très petits », et nul examen ultérieur ne dit ce qu'on y a trouvé. Il y en a une avec « un seul ganglion suspect », et à l'examen « la dégénérescence n'est pas nette » ; une dernière enfin, où des « ganglions très accusés sont abandonnés ». Ainsi, Jacobs prélève — et encore, pas toujours — une parcelle des tissus qui peuvent être envahis. En admettant que les guérisons se prolongent, en fera-t-il gloire à la méthode qu'il a suivie ?

Si je prends à partie les observations du distingué chirurgien de Bruxelles, ce n'est pas pour le vain plaisir de les trouver en défaut ; c'est qu'elles nous montrent bien l'état d'esprit dans lequel se trouvent en ce moment les partisans de l'hystérectomie abdominale. Les progrès de la technique ont éveillé en eux de longs espoirs ; tout s'est résumé, à leurs yeux, dans ce mot magique : atteindre les ganglions. Ils n'ont pas semblé voir que cette recherche est inutile si les ganglions sont indemnes, illusoire si l'invasion cancéreuse a pénétré dans le petit bassin. Je pense qu'ils le verront bientôt, et finiront par reconnaître que la méthode sus-pubienne obéit à la même fatalité que sa rivale : devancer l'infiltration cancéreuse, ou se résigner à n'être que palliative.

Ainsi doivent se borner, à mon sens, les *prétentions* de l'hystérectomie abdominale. Voyons ce que les faits nous disent de sa *gravité*.

Les relevés anciens, et même certains chiffres modernes sont effrayants. Ils portent, à la vérité, sur une période de tâtonnements et sur un amas confus d'opérations très diverses, où dominent les cancers envahissants. Mais, en dépit de l'abaissement progressif de sa mortalité, l'hystérectomie abdominale, avec une moyenne de 35 p. 100 — je parle des statistiques récentes — est encore aujourd'hui quatre fois plus grave que l'opération par la voie basse. Mettons que la mortalité diminue encore, si on renonce tout à fait aux interventions téméraires ; mettons que « la voie haute, en tant que voie opératoire, ne soit pas plus grave que l'autre ». Je le veux bien, mais tout dépend de ce qu'on fait dans le ventre : la dissection prolongée du tissu cellulaire pelvien, le dépouillement minutieux de l'uretère, l'extirpation intégrale des ganglions jusqu'à la bifurcation de l'aorte, en un mot, l'évidement tel qu'il est décrit, et tel qu'on devrait le faire pour lui donner quelque valeur, serait infiniment plus dangereux qu'une hystérectomie vaginale. Si on veut que la comparaison ne soit pas ridicule, il faut que l'opération se rapproche des évidements discrets dont j'ai parlé tout à l'heure.

On accordera bien, d'ailleurs, aux défenseurs de l'hystérectomie vaginale, qu'ils ne sont pas hommes à reculer devant quelques difficultés opératoires, et qu'ils admettraient un peu plus de gravité s'ils pensaient recueillir tout le bien qu'on leur promet. Aussi passerais-je condamnation si les faits connus semblaient attribuer à la méthode sus-pubienne une efficacité particulière.

Malheureusement, cette supériorité des *résultats*, escomptée avec tant d'ardeur, est tout entière à démontrer. Je ne vois que des auteurs qui avouent la récidive, d'autres qui hésitent et d'autres qui ne disent rien. Si je consulte les faits, les malades sont mortes, ou en train de mourir, ou trop récentes pour qu'on sache à quoi s'en tenir. Si bien qu'après avoir fait de louables efforts pour nous démontrer que cette méthode est capable de donner des survies plus longues et des guérisons radicales plus fréquentes, on arrive à nous dire que « les observations ne plaident pas beaucoup en faveur de cette idée ».

Je me trompe : quelques-uns, rebutés par des excursions malheureuses dans la voie basse ou ne l'ayant jamais tentée, avancent que les résultats obtenus par la voie haute sont d'ores et déjà « infiniment supérieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale ». Une pareille assertion désarme la critique.

Est-ce à dire qu'on ne peut rien tenter, rien espérer des perfection-

nements de la technique ? Ce serait là, peut-être, un jugement trop sévère ; et je tiens à dire, en terminant, dans quelles conditions et dans quelle mesure l'intervention par la voie sus-pubienne me paraît acceptable.

Il est bien entendu que je réprouve toute intervention pour les cancers pelviens manifestement diffus, et que je trouve abusifs ces délabrements immodérés, ces hardiesses qu'un petit nombre de chirurgiens, au lieu de s'en excuser, nous recommandent ; mais le désir d'agrandir notre champ d'action, avec beaucoup de réserve et de prudence, n'est pas illégitime. Je suppose un cas d'envahissement très limité en apparence, mais laissant peu d'espoir de succès à l'hystérectomie vaginale ; le chirurgien peut-il se résigner à considérer comme perdue une femme encore pleine de santé ? Il accepte la voie sus-pubienne comme une ressource qui lui permet d'aller un peu plus loin, de réséquer un lambeau de la paroi vaginale, d'extirper tout près d'elle un noyau de propagation. Souvent il est déçu, l'opération est grave et de plus elle est mauvaise, par l'étendue et la diffusion du mal. Mais il a tenté la chance, et une fois par hasard il peut tomber sur un cas favorable.

J'ai fait 21 opérations dans cet ordre d'idées, et j'ai perdu 8 malades ; c'est dire que j'ai essayé, tâtonné comme bien d'autres. Souvent trompé par l'étendue de la propagation, j'ai largement dépassé l'indication que je posais tout à l'heure, et qui n'est pas toujours facile à saisir ; et j'en tire l'enseignement que, sous peine de faire une chirurgie brouillonne et sans valeur, il faut s'avancer très peu sur un aussi mauvais terrain.

Cependant, tout n'est pas à rejeter dans ce que j'ai fait. En laissant de côté les récidives promptes et les malades récentes, il en reste deux qui m'ont donné satisfaction. La première est une femme de 63 ans, ayant un cancer de tout le segment inférieur ; le vagin sénile, atrophié, se terminait en infundibulum ; tout en haut, le doigt rencontrait un orifice étroit, dur et bosselé. Comme il n'y avait aucun empâtement pelvien et que la femme paraissait assez vigoureuse, il était permis d'intervenir, mais impossible de rien faire par la voie vaginale. L'abdomen fut ouvert, l'utérus isolé ; une traction légère le divisa au-dessus du col ; aucun noyau de propagation ne fut trouvé dans les ligaments larges, aucun ganglion ne fut cherché. La paroi vaginale, qui était prise dans un bon tiers de sa hauteur et complètement fusionnée avec le museau de tanche, fut réséquée très bas, et cependant il me

fut possible de la fermer et de la recouvrir de péritoine, de telle sorte que la surface séreuse était partout reconstituée. La malade se rétablit aisément ; elle est guérie depuis vingt-neuf mois et semble aujourd'hui revenue à une santé parfaite.

La seconde, âgée de 41 ans, avait un col absolument détruit, effacé, et des culs-de-sac ayant perdu leur souplesse. Par l'abdomen, j'ai réséqué la paroi vaginale ; un écoulement sanguin persistant m'a fait mettre 16 pinces à demeure sortant par la plaie. Depuis vingt et un mois, la malade est bien portante, elle a repris de la force et de l'embonpoint; elle travaille, elle n'a pas trace de récidive.

Voilà donc deux femmes dont le cancer est envahissant, la paroi vaginale infiltrée, étroite et rigide, le museau de tanche disparu, sans prises possibles. Rien à faire par la voie basse ; mais la méthode sus-pubienne, devenue savante, me donne une arme de plus, et je puis faire une opération complète. Il y a là un fait nouveau, un progrès à saisir ; une indication étroite, mais positive. On trouve des vagins peu maniables et des cols très élevés, très effacés ; des cancers du corps de l'utérus qui cheminent de haut en bas à travers le museau de tanche, le rendent friable, exigent qu'on empiète sur la paroi vaginale. C'est à nous de connaitre les faits cliniques, de nous rappeler les malades devant lesquelles nous avons dû jadis avouer notre impuissance, et d'être assez clairvoyants pour dépister les cas où nous pouvons, sans témérité, faire un pas en avant. L'essentiel est d'aller doucement et de ne pas nous aventurer ; car le mal est insidieux, et l'examen le plus attentif suffit à peine pour fixer la limite où commencent les opérations hasardées, dangereuses pour le présent, inutiles pour l'avenir.

On voit quel rôle j'assigne à la méthode sus-pubienne et à quelles conditions précises elle me paraît légitime. Il ne s'agit pas de la croire souveraine contre les épithéliomes circonscrits ; il s'agit de fonder sur elle un dernier espoir quand la diffusion a commencé. Mais sur quel indice, à quel moment peut-on l'entreprendre ? L'habitude d'observer les malades, de saisir les moindres nuances, de deviner les détails qui échappent à l'examen, peut seule nous guider. Il faut que le cancer ait une marche lente ; que l'envahissement de proche en proche, l'infection par continuité de tissus l'emporte sur l'invasion des lymphatiques et le transport des cellules à distance ; que la résection du vagin et l'ablation d'un nodule cancéreux à la base du ligament large puissent à la rigueur suffire. Tant pis si, le ventre ouvert, on est mis en demeure d'aller plus loin, car, je le répète, on ne saurait tout enlever, et la dis-

section très imparfaite à laquelle on se livre dans le petit bassin ne m'inspire aucune confiance.

Conclusion. — J'ai voulu montrer, dans l'exposé qui précède, comment l'hystérectomie vaginale obtient des guérisons qui paraissent définitives, quand elle est faite assez tôt pour prévenir l'envahissement; comment, sans l'avoir prévenu et sans le poursuivre, elle obtient des survies prolongées; comment l'hystérectomie abdominale est une ressource de plus dans un petit nombre de cas triés sur le volet; mais comment, appliquée de parti pris aux cancers envahissants, elle est une imprudence, et aux cancers limités une illusion. C'est dire combien je me sépare de ceux qui voient dans la première une opération toujours incomplète, forcément palliative, et dans la seconde la seule qui enlève tout, la seule qui soit logique et rationnelle.

L'hystérectomie vaginale, en cas d'utérus mobile et de cancer nettement circonscrit, a une mortalité presque nulle. Les succès qu'elle obtient — survies prolongées et guérisons persistantes — sont dans une proportion qui varie entre 10 et 20 pour 100. Elle a donc fait ses preuves, et les services qu'elle rend sont indiscutables.

L'hystérectomie abdominale, adoptée comme seul traitement du cancer utérin, est encore aujourd'hui quatre fois plus dangereuse. Quant aux résultats thérapeutiques, il y en a d'excellents à la suite des opérations simples, sans évidement ni recherche ganglionnaire; en d'autres termes, dans les conditions d'une hystérectomie vaginale. Après les ablations prétendues complètes, ceux que nous connaissons déjà sont mauvais, ou trop récents pour être jugés. Il est facile de prévoir ce que l'avenir nous réserve: dans les cancers peu avancés, les résultats éloignés seront forcément comparables à ceux de l'autre méthode; mais rien n'autorise à penser qu'ils seront meilleurs.

Je termine par où j'ai commencé: le but de nos interventions est de prévenir la diffusion du cancer; hors de là, notre rôle est purement palliatif. Et, comme bien des cancers portent les malades à nous arriver trop tard, il faut bien nous attendre à n'en sauver qu'un petit nombre. De là cette double formule: opérer de bonne heure si nous pouvons, et savoir nous contenter de peu.

Discussion.

— **Thomas Jonnesco** (Bucarest). — Il y a à distinguer deux catégories de cas : les cancers limités au col, sans envahissement appré-

ciable de la base des ligaments larges, l'utérus ayant conservé sa mobilité et sans propagation à la vessie, alors même que les parois vaginales seraient tant soit peu envahies par le néoplasme; et les cancers immobilisés en partie ou en totalité par l'extension du néoplasme à la base des ligaments larges le long des pédicules utérins. Les premiers sont justiciables d'une opération radicale; aux seconds on ne peut appliquer qu'une opération purement palliative.

L'hystérectomie vaginale bénigne, sur 11 opérées je n'en ai perdu qu'une, est une mauvaise opération, car le résultat thérapeutique est illusoire; la récidive est de règle et rapide.

L'hystérectomie abdominale sans évidement du pelvis, bénigne aussi, est inutile car les ganglions laissés sont toujours néoplasiques, alors même qu'ils sont inappréciables à la vue. Ainsi sur 6 cas où, ayant pratiqué l'évidement du pelvis, j'ai fait examiner les ganglions proches comme les plus éloignés, ganglions lombaires, les résultats ont été concluants : dans 1 cas, sur 10 ganglions un seul était cancéreux; — 2e cas : sur 11 ganglions, 6 cancéreux; — 3e cas : sur 10 ganglions, 6 cancéreux; — 4e cas : tous les ganglions cancéreux; — 5e cas : les ganglions hypogastriques tous cancéreux; ganglions iliaques externes, prolifération lymphatique abondante sans éléments cancéreux; ganglions lombaires (aortiques) cancéreux; — 6e tous les ganglions sont cancéreux.

Ainsi il n'y a pas de règles : les ganglions proches peuvent être simplement enflammés, alors que les plus éloignés, aortiques, sont cancéreux. Aussi la seule intervention rationnelle dans les cas de cancers du col les plus limités même est la castration abdominale totale suivie de la dissection minutieuse de tous les organes du petit et du grand bassin, uretères, artères, nerfs, veines et de l'ablation aussi complète que possible de tout le tissu cellulaire avec les vaisseaux lymphatiques qu'il renferme, et de toutes les chaînes ganglionnaires aussi haut que possible le long des iliaques et de l'aorte abdominale. Enfin, le vagin doit être extirpé dans sa presque totalité. — Mais comme l'opération ainsi comprise est longue et laborieuse, elle ne doit être réservée qu'aux malades dont l'état général satisfaisant permet d'espérer un bon résultat immédiat.

Dans les cancers étendus je me contente d'une intervention palliative consistant en la ligature des artères hypogastriques, des artères utérines en étages près de l'origine, et aussi près que possible de l'utérus, des artères du ligament rond et des vaisseaux utéro-ovariens.

Autant que possible les veines et le tissu cellulaire ambiant sont pris dans les ligatures. L'opération est complétée par un raclage à fond de l'utérus. Ce traitement absolument bénin, car sur 8 cas je n'ai perdu aucune de mes opérées, m'a donné d'excellents résultats : suppression des hémorrhagies, des écoulements ; élimination spontanée des produits néoplasiques et amélioration de l'état général pendant six, dix mois et même plus d'une année.

— **Morisani** (Naples). — J'ai eu lieu d'admirer les importantes relations qu'on a faites jusqu'ici à propos du cancer de la matrice et des diverses opérations recommandées dans les différents cas. Je me limite à faire quelques remarques relatives à ce que la clinique m'a démontré, surtout quand le cancer coïncide avec la grossesse. Certainement il y a des cas dans lesquels le cancer est limité au museau de tanche ; tout le reste de la matrice se montre sain à l'observation. Et notez, que je ne parle pas de ces cas douteux dans lesquels on croit avoir opéré un cancer pendant qu'il s'agissait d'ulcères d'autre nature, mais d'ulcères cancéreux démontrés au microscope. Eh bien ! dans ces cas-là la clinique m'a enseigné qu'en raclant le museau de tanche, qu'en le cautérisant avec le Paquelin ou avec l'électro-cautère on a obtenu des guérisons assez importantes. Je sais que c'est difficile d'observer des malades, à cette période initiale de la maladie ; mais quand on a la fortune de les rencontrer, il faut tâcher d'éviter une opération plus grave et plus radicale. Et quand la femme est grosse aux premiers mois, on peut par ces moyens permettre à la grossesse de suivre son cours ; et ceci est très important parce que nous, accoucheurs, nous avons le devoir de sauver l'enfant. Il pourrait être un Napoléon Ier !

Mais quelquefois le cancer s'est propagé à la cavité cervicale. Si l'exploration démontre qu'il n'y a pas infiltration dans les ligaments larges, et si la matrice est mobile, je conviens, avec M. Richelot, que dans ces cas je ferais l'extirpation de l'utérus par le vagin.

Mais si la matrice est immobile et les ligaments larges infiltrés, il n'y a autre chose à faire que l'extirpation de la matrice par la voie abdominale, ou l'opération mixte, c'est-à-dire par l'abdomen et par le vagin, avec excision ou non des ganglions pelviens intéressés.

Si une femme enceinte se présente à nous aux mois très avancés de grossesse, il ne faut pas hésiter et il faut faire l'opération césarienne, suivie de l'extirpation complète de la matrice.

En conclusion, chirurgie conservatrice tant qu'on peut, et, quand il

y a danger grave de reproduction, ablation de l'organe et des annexes.

— **H. Delagénière** (le Mans). — Nous avons attiré l'attention des gynécologues, au dernier Congrès de chirurgie de Paris, sur la *ligature des artères hypogastriques pour obtenir l'hémostase à la fois préventive et définitive dans l'hystérectomie abdominale*. Nous apportions alors deux faits : dans un cas l'opération pratiquée pour cancer avait donné un résultat excellent; l'opération s'était trouvée considérablement simplifiée ; dans l'autre cas, pour un fibrome enclavé, la ligature avait été beaucoup moins efficace, mais cependant avait simplifié l'hémostase du fond du bassin. Nous avons renouvelé deux fois cette tentative pour des cas de cancer de l'utérus généralisé au bassin ; dans les deux cas la ligature fut placée très facilement sur l'artère iliaque interne tout près de la bifurcation de l'artère iliaque primitive et après avoir dénudé la bifurcation ; d'autre part, une ligature avait été jetée sur les artères utéro-ovariennes des deux côtés ; or, malgré ces précautions l'hémostase du fond du bassin ne fut pas obtenue. En sectionnant les utérines nous avons eu du sang en quantité moindre assurément, mais suffisamment pour nécessiter la ligature de ces artères; d'autre part, des artérioles du vagin continuaient à donner du sang. Ces quatre cas de notre pratique, malgré leurs contradictions apparentes, portent leur enseignement et permettent de formuler dès maintenant certaines conclusions dont l'intérêt pratique ne saurait être mis en doute :

1° Il nous a été possible, dans un cas de fibrome enclavé et dans trois cas de cancers généralisés, de pratiquer sans difficulté des deux côtés la ligature de l'iliaque interne, sans que ce temps de l'opération ait paru compliquer en quoi que ce soit la technique opératoire que nous suivons habituellement ;

2° Les effets de la ligature préventive des artères iliaques internes, combinés à celle de l'utéro-ovarienne, ne sont pas constants. Nous avons obtenu une fois une hémostase complète ; deux fois une hémostase relative, surtout efficace sur la circulation du fond du bassin, et une autre fois nous n'avons pas obtenu de résultat appréciable. Il est probable que l'inconstance des résultats obtenus tient aux anomalies très fréquentes des branches collatérales des deux artères iliaques. Notre technique ne peut être incriminée dans aucun des cas, car nous avons toujours pris soin de placer le fil de la ligature exactement à la bifurcation de l'iliaque primitive et après avoir dénudé cette bifurcation ;

3° Quoi qu'il en soit, dans le cas où elle a été efficace la ligature a simplifié énormément l'opération. Il s'agissait d'un cancer généralisé; l'opération put se faire à blanc. Les tissus malades ischémiés étaient facilement reconnaissables, pouvaient être facilement délimités et enlevés; enfin, point capital, dans ces cas de néoplasmes de l'utérus généralisés, le bas-fond de la vessie et les uretères pouvaient être respectés et très facilement reconnus. L'extirpation radicale pouvait donc être réalisée le mieux possible. Malheureusement dans nos trois autres cas l'hémostase totale ne fut pas obtenue par les ligatures préventives; il fallut faire, comme à l'ordinaire, une hémostase de détails. Cependant la circulation du vagin paraissait diminuée dans une certaine mesure, de sorte que l'hémostase si minutieuse des artères vaginales fut simplifiée dans deux cas surtout, car dans un dernier cas aucun résultat ne fut obtenu par la ligature préventive;

4° Il résulte de ce qui précède, qu'étant donnée la facilité avec laquelle se pratique la ligature préventive des artères iliaques internes, malgré l'inconstance de ses résultats, elle devra être pratiquée dans les cas de cancer de l'utérus en voie de généralisation, principalement dans le *cancer du col* qui menace le plus les uretères. En cas d'insuccès rien ne sera compromis : on aura seulement pratiqué deux ligatures inutiles, comme cela nous arrive si souvent à tous dans n'importe quelle opération.

Il nous reste maintenant à indiquer la technique que nous suivons pour faire cette ligature, mais nous préférons auparavant relater nos deux dernières observations inédites où cette technique a été définitivement fixée. Nous nous sommes souvent étonné de la soi-disant difficulté de cette ligature qui ne peut donner aucune surprise, à la condition de se conformer aux règles que nous exposerons plus loin.

Obs. 1. — Fibro-sarcome de l'utérus en voie de généralisation. — Hystérectomie abdominale totale après ligature préventive des deux artères hypogastriques. — Mort.

Obs. 2. — Cancer du col de l'utérus généralisé. Hystérectomie abdominale totale après ligature préventive des deux artères hypogastriques. — Guérison.

La technique peut se résumer de la façon suivante : Lorsque le ventre est ouvert et la malade en position déclive, on place une pince hémostatique sur chaque ligament rond tout près de l'utérus, puis on fait une ligature de ce ligament en dehors de la pince pour faire l'hémostase de l'artère du ligament rond. On sectionne enfin le ligament rond entre la ligature et la pince.

Pour les artères utéro-ovariennes, même manœuvre ; pince-clamp sur le ligament large passant sous les annexes et arrivant au bord de l'utérus, fil placé à travers le ligament large en dehors de la pince ; enfin section du ligament large entre la ligature et la pince.

La section des ligaments larges et des ligaments ronds rend accessible le cul-de-sac de Douglas en permettant de désenclaver la tumeur si elle était enclavée, en la refoulant simplement sur le pubis si elle ne l'était pas.

C'est alors qu'on doit procéder à la ligature des artères hypogastriques. Nous commençons par celle du côté gauche. L'aide récline le rectum à droite, avec l'index au niveau du détroit supérieur du bassin, on cherche les battements de l'artère iliaque primitive ; pour être bien sûr d'avoir senti l'artère, on la suit jusqu'à l'aorte. On descend alors le doigt jusqu'à la bifurcation, dont on précise l'endroit en suivant de bas en haut l'artère iliaque externe. Quand la bifurcation est bien reconnue, on saisit sur l'artère, dans le point déterminé, le péritoine pariétal avec une pince à griffes et on sectionne la séreuse d'un coup de ciseaux ; avec un instrument mousse, le bout des ciseaux, par exemple, on dénude l'artère iliaque interne, on passe dessous un fil à ligature avec une aiguille de Deschamps et enfin on lie vigoureusement le fil. On referme ensuite la petite plaie séreuse avec un ou deux points séro-séreux.

La ligature de l'artère hypogastrique droite est encore plus simple. Le rectum est repoussé en place, et on procède ensuite exactement comme du côté gauche.

Il reste enfin à terminer l'opération comme à l'ordinaire. Si l'hémostase est obtenue complètement, l'extirpation de la tumeur se fera pour ainsi dire à blanc ; si l'hémostase n'est pas complète, on placera quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui donnent ; en général, une pince de chaque côté, sur les artères utérines, suffira. Lorsque la tumeur sera enlevée, il suffira de faire les deux ligatures ci-dessus, ou même, si l'hémostase est complète, aucune ligature ne sera utile. On se contentera de faire la toilette du péritoine et de reconstituer le péritoine pelvien.

— **G. Bouilly** (Paris). — J'ai l'honneur de soumettre au Congrès les résultats de ma pratique dans le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale.

J'ai déjà en 1897 (*Bulletin de Thérapeutique*) publié et analysé les résultats fournis par une période chirurgicale de dix années et demie

(juin 1886 à décembre 1896). Aujourd'hui, je me propose de publier les résultats fournis par les opérations de ces trois dernières années et demie (1897, 1898, 1899 et 1900 de janvier à juin-juillet).

Cette statistique globale me paraît présenter quelque valeur, grâce à la précision des faits observés personnellement et à la possibilité de l'observation prolongée de la plupart des malades qui me sont connues ou reviennent me consulter.

La première période (1886-1896) comprend 127 cas ; la deuxième, beaucoup plus courte (1897-juillet 1900), en renferme 56, soit un chiffre total de 183 cas.

On doit envisager successivement les résultats opératoires et les résultats thérapeutiques.

Avec les années, grâce à une antisepsie toujours plus perfectionnée, à une meilleure technique, à un choix plus judicieux des cas à opérer, et aussi grâce à une plus grande habitude qui fait l'habileté, le taux de la mortalité opératoire s'est singulièrement abaissé. Dans ma première série, la mortalité, encore considérable s'élevait à 19 p. 100 ; dans la seconde, elle n'est plus que de 5,35 : 3 morts sur 56 opérées. Et dans deux des cas de mort, il paraissait bien difficile de ne pas courir au-devant d'un désastre : une malade, obèse, pesant 110 kilog., présentait à la fois un épithélioma végétant du col et un kyste de l'ovaire qui furent extraits l'un et l'autre par la voie vaginale, à travers un vagin rendu trop long par l'énorme épaisseur du périnée ; l'autre malade avait dans la cavité utérine un véritable abcès enkysté dont l'ouverture fut la source probable de l'infection. La troisième paraît avoir succombé à une véritable septicémie péritonéale produite par le prolapsus dans le vagin des anses intestinales. Cette dernière cause d'infection n'existe plus aujourd'hui ; depuis plus de deux ans, je prends la précaution de fermer partiellement le vagin par une suture au catgut réunissant sur la ligne médiane la surface de section des parois vaginales antérieure et postérieure ; grâce à cette suture, la voûte vaginale se trouve reconstituée en grande partie ; les pédicules vasculaires sont attirés dans le vagin au-dessous d'elle, munis de leurs pinces. Il n'y a plus de contact entre le péritoine et les pinces, ni le tamponnement vaginal ; les anses intestinales n'ont aucune tendance au prolapsus ni aux contacts anormaux.

La douleur immédiate est très atténuée ; celle du premier pansement et de l'ablation des pinces est presque insignifiante, et les chances d'infection par la voie vaginale sont réduites au minimum. Depuis la

généralisation de cette technique, les résultats de l'hystérectomie vaginale se sont beaucoup améliorés.

En résumé, sur 56 cas, je crois en toute sincérité ne pouvoir mettre qu'*un seul* décès sur le compte direct de l'opération. Les deux autres cas de mort ne me semblent guère avoir pu être évités; la voie abdominale aurait créé un danger encore plus certain.

La question de la gravité immédiate me parait aujourd'hui jugée et ne pouvait entrer en ligne de compte dans la discussion des indications opératoires. Le taux de la mortalité représente l'*aléa* de toute opération sérieuse et ne dépasse pas le chiffre des risques inhérents à toute intervention grave.

Avant d'aborder l'étude des résultats éloignés, il me parait nécessaire de dire que je réserve exclusivement à l'opération radicale les cas semblant présenter des conditions favorables de guérison prolongée par la limitation des lésions et leur degré peu avancé, au moins en apparence. L'envahissement des parois vaginales ou des tissus péri-utérins, la fixité de l'utérus, sont pour moi des contre-indications opératoires absolues.

Il est néanmoins nécessaire d'ajouter que la limitation bien constatée des lésions soit à la portion externe du col, soit dans la cavité cervicale ou corporelle, ne peut donner que des présomptions sur l'état des lymphatiques péri-utérins. Une observation répétée, paradoxale en apparence, m'a permis de constater dans un bon nombre de cas que la récidive n'était ni plus fatale ni plus rapide après l'ablation d'utérus largement ulcérés et détruits dans leur col qu'après une opération dans laquelle la lésion semblait être tout à fait au début et presque douteuse. Certains épithéliomas de l'utérus paraissent avoir une rapidité d'extension et de propagation que rien ne saurait prévenir, et dans cette propagation rapide et irrémissible, l'âge semble jouer un rôle important, comme je l'ai déjà fait remarquer autre part.

De l'ensemble des faits observés on ne peut que tirer cette conclusion peu consolante, que le cancer utérin présente une malignité considérable et doit être placé à l'un des premiers rangs de l'échelle de malignité et de gravité des néoplasmes.

L'analyse des faits est encore plus démonstrative que tout le reste :

Si des 183 malades que j'ai opérées on retire les 28 décès opératoires et 21 autres cas sur lesquels je n'ai pu avoir de renseignements précis, il me reste un total de 134 malades connues et suivies pouvant donner une idée des résultats thérapeutiques.

Or, sur ces 134 malades opérées et connues depuis 1886 jusqu'à ce jour, *18 seulement* sont encore vivantes aujourd'hui et, parmi elles, 2 sont atteintes de récidive ; l'une arrivée à la période de cachexie et presque mourante, opérée depuis trois ans et quatre mois ; l'autre moins avancée, opérée depuis deux ans et huit mois.

Seize sont actuellement en bon état, et en apparence de guérison ;

Une opérée depuis mars 1888, c'est-à-dire depuis douze ans et cinq mois (cas sur lequel j'ai déjà fait et je fais encore des réserves au point de vue histologique) ;

Une opérée en mai 1896, depuis quatre ans et trois mois ;

Quatre opérées depuis 1897, depuis trois ans et demi ; trois ans et trois mois, trois ans et un mois (2 cas).

Quatre opérées en 1898, depuis deux ans et sept mois, deux ans et un mois, vingt mois, dix-neuf mois.

Trois opérées en 1899, un ans et un mois, dix mois, huit mois.

Cinq opérées en 1900, depuis le commencement de l'année jusqu'à ces jours derniers.

Pour obtenir une notion exacte sur la durée moyenne de la survie et sur la survie la plus prolongée, il est nécessaire d'entrer dans le détail des chiffres de la statistique. J'ai fait ce travail pour le Congrès que je ne veux accabler ni de chiffres ni de dates.

D'après le dépouillement de mes observations personnelles, la survie moyenne après l'opération est de *deux ans ;* la survie la plus prolongée est de *six ans.*

Y a-t-il des opérations plus heureuses et des opérations plus efficaces ? Y a-t-il, parmi ces malades opérées et non revues, des guérisons ignorées plus durables ? Je le souhaite de tout cœur et je l'espère pour le bien des malades et l'honneur de la chirurgie.

— **Boursier** (Bordeaux). — La question du traitement chirurgical du cancer de l'utérus semble entrer depuis ces dernières années dans une phase nouvelle.

Nous avons vu, il y a quelques années, l'hystérectomie vaginale, qui fut obligée de conquérir de haute lutte la faveur chirurgicale, considérée comme une opération de choix et même une opération radicale. Puis les faits se sont multipliés, le choix des indications s'est précisé, et on s'est à peu près entendu pour n'arriver à opérer que les cas limités à l'utérus, sans propagation au vagin ou aux tissus péri-utérins, avec conservation de la mobilité utérine ; les cas, en un mot, où le chirurgien paraissait certain d'enlever largement tous les tissus

malades. Malgré ce perfectionnement des indications, malgré le perfectionnement aussi de la technique opératoire, l'amélioration considérable des résultats immédiats, nous avons vu les résultats tardifs rester presque toujours décourageants, les récidives se produire plus ou moins rapidement dans la très grande majorité des cas, et les guérisons définitives et durables demeurer toujours à l'état de minorité infime.

C'est alors qu'un certain nombre de chirurgiens ont cherché à appliquer au cancer utérin, comme méthode opératoire de choix, l'hystérectomie abdominale totale, qui avait été employée pour la première fois avec succès par Freund en 1898, et qui avait été rapidement abondonnée à cause de sa grande gravité.

Aujourd'hui, grâce au plan incliné, aux nombreux perfectionnements de la technique opératoire, à une asepsie plus rigoureuse, la mortalité de cette opération s'est considérablement abaissée. Aussi un certain nombre de chirurgiens parmi lesquels nous citerons Jacobs, Rouffard, Monprofit et mon élève Pasquier, Gusserow, Zweifel, Schauta, Küstner, Clark, etc., ont-ils adopté avec enthousiasme l'opération abdominale, et certains prétendent la substituer dans bien des cas à l'hystérectomie vaginale.

Il me semble cependant que la cause de l'hystérectomie abdominale n'est pas gagnée sans conteste, et que la question peut être encore discutée. Aussi me paraît-il avantageux d'apporter ici des faits personnels, si modestes soient-ils comme nombre, qui pourront éclairer le débat.

Si l'on consulte les statistiques les plus récentes et les plus complètes, il est facile de voir que la mortalité opératoire reste beaucoup plus grande dans l'hystérectomie abdominale que dans l'opération vaginale. Dans le travail si bien fait de Picqué et Mauclaire, publié en 1899 dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, la mortalité de l'hystérectomie abdominale dans le cancer utérin, en laissant de côté les cas anciens et en ne prenant que la période s'étendant de 1895 à 1899, reste encore de 33 p. 100. D'autre part, dans l'excellente thèse de Bellœuf parue à la Faculté de Paris le 16 juillet 1900, on trouve les résultats suivants (page 75) : en mai 1900, 454 cas, décès 127, mortalité de 17 p. 100. D'autre part, dans les mêmes auteurs le pourcentage de la mortalité dans l'hystérectomie vaginale est le suivant : Picqué et Mauclaire 8,8 p. 100 ; Bellœuf, 8,30 p. 100 sur 3,057 opérations.

Quels sont donc les avantages autres qui doivent faire préférer l'opération abdominale à l'extirpation vaginale, alors que la première

est incontestablement plus meurtrière immédiatement que la seconde. Les partisans de l'hystérectomie abdominale lui reconnaissent les avantages suivants : la possibilité d'enlever plus ou moins complètement les ganglions lymphatiques pelviens envahis ; la perspective de faire une ablation plus large, et en voyant ce que l'on fait (résection du vagin, des infiltrations du ligament large et du tissu péri-utérin, etc.), une hémostase plus facile et plus sûre, et une sécurité plus grande vis-à-vis de la blessure de l'uretère et de la vessie.

Quelques-uns des avantages invoqués me paraissent cependant souvent plus véritables en théorie qu'en pratique.

Je ne veux pas revenir, à propos de l'envahissement ganglionnaire dans le cancer de l'utérus, sur les nombreuses discussions qui ont eu lieu à ce sujet. Il paraît démontré en effet, malgré l'opinion contraire de certains chirurgiens très autorisés tels que Mackenrodt, Seelz, Gussenbauer, Schuchart, etc., que l'adénopathie cancéreuse n'est pas constante dans le cancer utérin, au moins dans ses premières périodes. On a bien soutenu que l'adénopathie est constante, même quand les ganglions paraissent sains ; mais alors comment peut-on expliquer les faits indiscutables de guérison radicale par l'hystérectomie vaginale et ceux qui ont été fournis aussi par l'hystérectomie abdominale simple sans extirpation ganglionnaire.

Il est bien certain qu'il y a des cas où l'on n'aperçoit pas la moindre adénopathie. J'ai pratiqué pour ma part seulement *quatre hystérectomies* abdominales pour cancer, dont trois pour des lésions limitées, une du col et deux du corps. Or, dans aucun de ces trois derniers cas je n'ai aperçu aucun ganglion volumineux ou apparent, et je n'ai pas fait d'extirpation ganglionnaire. Mon collègue et ami Chavannaz, de Bordeaux, qui a pratiqué deux hystérectomies abdominales pour épithélioma du col utérin à lésions limitées, n'a pas non plus rencontré de ganglions hypertrophiés.

Je peux ajouter encore les cinq observations d'hystérectomie abdominale pour cancer faites par mon collègue et ami Dubourg, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont quatre ont déjà été communiquées au *Congrès de Chirurgie* de Marseille. Ces cinq opérations ont été faites pour des cas très limités. Dans aucun cas, Dubourg n'a vu d'adénopathie ganglionnaire et n'a enlevé de ganglions.

Voici donc onze observations d'hystérectomie abdominale sans extirpation ganglionnaire. Sur ces onze faits, deux de mes malades sont mortes des suites opératoires, une d'obstruction intestinale, la

seconde de septicémie péritonéale ; les autres sont trop récemment opérées pour entrer en ligne de compte. Les deux malades de Chavannaz, ont rapidement récidivé, bien que chez l'une d'entre elles il ait fait une très large résection vaginale, et sur les cinq opérées de Dubourg, une, la première, n'a pas encore de récidive quatre ans après son opération.

Nous savons aussi, d'ailleurs, que dans un certain nombre de cas on peut trouver des ganglions volumineux par pure inflammation démontrée histologiquement, comme dans le cas de Brōse (1), sans aucune lésion épithéliomateuse.

Enfin il est démontré aussi que l'enlèvement complet des ganglions pris par l'adénopathie secondaire n'est pas toujours possible et que dans bon nombre de cas les chirurgiens, même les plus habiles, ont été obligés de se borner à des extirpations ganglionnaires incomplètes à cause des difficultés de leur ablation, du danger de blesser les gros vaisseaux, et de l'impossibilité matérielle de pouvoir enlever tous les tissus suspects.

La possibilité de faire une ablation plus large et d'enlever, en s'aidant de la vue et du toucher, tous les tissus suspects d'infiltration épithéliomateuse, est un fait réel, et c'est là, il faut bien en convenir, l'avantage incontestable de l'opération abdominale sur l'extirpation par le vagin. Tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître la vérité de ce fait. Mais où doit se limiter l'action chirurgicale, devant quelle étendue de lésion doit-elle s'arrêter ? C'est là le point en discussion, et l'endroit où les divergences commencent.

Pour fixer les idées, dans son excellent rapport au Congrès de Chirurgie de 1899, notre collègue Ricard avait divisé les cancers utérins en trois groupes :

Dans le premier le *cancer utérin est tout à fait au début ; le col ou le corps sont seuls pris, l'utérus mobile, le bassin cliniquement indemne.* Dans le deuxième degré, la *lésion a envahi les culs-de-sac, l'utérus a perdu complètement sa mobilité et la base d'un des ligaments larges paraît envahie. La lésion, bien qu'ayant encore dépassé le col, paraît limitée et accessible.* Dans le troisième degré, enfin, *il réunit les cas où le petit bassin paraît être pris, les culs-de-sac vaginaux détruits, l'utérus fixé.*

L'accord paraît fait entre les chirurgiens pour les cas du premier et ceux du troisième groupe.

En effet, c'est dans les cas extrêmement bien limités, à utérus très

(1) Carcinome de l'utérus. *La Gynécologie*, 1899, p. 446.

mobile, que l'hystérectomie abdominale est le plus avantageuse.

« C'est là, dit Ricard, qu'elle présente son maximum d'indications, car on y trouve réunies l'innocuité et la facilité les plus grandes, et les plus grandes chances d'éradication radicale. » C'est aussi l'avis de Bellœuf qui écrit dans sa conclusion : « L'hystérectomie abdominale pour « cancer est l'opération de choix pour les cas simples observés tout à « fait au début et parfaitement limités à l'utérus. »

Il est permis cependant de rappeler aussi que c'est surtout dans les mêmes cas que l'hystérectomie vaginale est une opération facile, encore plus bénigne, et qui donne dans ces cas-là un certain nombre de succès durables ou définitifs. Il faut rappeler aussi que c'est surtout dans les cas de début et très limités que l'hystérectomie abdominale a donné des succès même en l'absence de toute extirpation ganglionnaire. »

Pour le troisième degré, alors que le bassin est pris, que les viscères sont plus ou moins envahis, l'accord vers l'abstention paraît se faire à peu près partout. Les opérations très longues et souvent fatalement incomplètes, l'impossibilité de l'éradication ganglionnaire totale, la gravité opératoire incontestable de ces cas mauvais font considérer l'extension trop grande du cancer comme une contre-indication formelle à l'opération radicale. Nous sommes déjà loin du temps où certains chirurgiens des plus habiles soit en Amérique, soit en Allemagne choisissaient la voie abdominale dans tous les cas où l'hystérectomie vaginale paraissait impossible, n'hésitaient pas à enlever tout ou partie des viscères envahis. La mortalité immédiate énorme dans les cas de ce genre, les complications opératoires multiples succédant à des dissections opératoires longues et nombreuses ont fait abandonner l'opération dans les cas de ce genre. Ainsi que l'a dit Bellœuf, c'était la mort au moins une fois sur deux, tout au moins la récidive rapidement assurée.

C'est à propos des faits qui constituent le deuxième degré de Ricard que la discussion reste ouverte, quand l'utérus a perdu un peu de sa mobilité, que les culs-de-sac paraissent un peu envahis, ainsi que la base du ligament large, avec une lésion qui semble encore limitée et accessible.

C'est dans ces cas-là qu'il serait nécessaire d'arriver à tracer une limite précise à l'action chirurgicale, à donner des indications nettes et cliniquement appréciables pour savoir à quel point l'extension du cancer devient une contre-indication opératoire.

Jusqu'à présent, chaque opérateur a un peu suivi à ce point de vue les tendances de son tempérament particulier, et on peut affirmer presqu'à coup sûr que ce sont les opérations faites pour des cas limites qui donnent les insuccès surchargeant encore les statistiques et causant une mortalité élevée.

Je donnerai comme exemple ma première observation d'hystérectomie abdominale. Il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années, qui portait un épithélioma du col assez développé. L'utérus était assez gros, peu mobile, et l'on sentait un noyau néoplasique à la base du ligament large gauche. A cause de ce dernier détail je me décidai à pratiquer l'hystérectomie abdominale ; l'opération fut longue et laborieuse ; la dissection du noyau du ligament large fut des plus difficiles, et au cours de cette manœuvre je rompis avec les doigts l'uretère gauche infiltré par l'épithélioma. Cet uretère rompu trop haut pour permettre un abouchement viscéral, fut relevé et suturé à la peau. Trois jours plus tard, la malade mourait d'obstruction intestinale ; une anse de l'intestin grêle s'était étranglée par coudure sur la corde formée par cet uretère.

J'ai rapporté cette observation pour montrer combien il est difficile de tracer cliniquement la limite opératoire. Les conditions indiquées par Ricard pour son deuxième degré existaient, *tumeur ayant dépassé le col, mobilité diminuée, lésion semblant comme limitée et accessible.*

Or dans ce cas, comme cela arrive du reste toujours et on ne saurait trop le dire, on trouve, à l'opération, des lésions constamment plus étendues que l'on ne peut le découvrir par l'examen clinique même le plus minutieux. De plus, l'infiltration de l'uretère, si j'avais pu la reconnaître, eût dû être considérée, de même que toute infiltration viscérale, comme une contre-indication opératoire.

Mais en dehors de cette contre-indication très nette produite par l'envahissement viscéral, comment tracer la limite entre les cas opérables et les cas non opérables ?

Il semble, d'après les faits observés et la lecture des observations, que nous devons devenir plus sévères encore pour la limitation des cas opératoires. Tout en reconnaissant avec la plupart des auteurs que l'hystérectomie abdominale permet une ablation plus large que la vaginale, je crois que pour ne pas en compromettre la valeur il faut se borner à la réserver pour les cas où, en dehors du col, seuls le haut du vagin ou bien le tissu conjonctif péri-utérin sont pris. J'incline à croire que nous devrons tendre à la refuser toutes les fois que le liga-

ment large est pris à un degré quelconque. Je n'ai pas la prétention de tracer ici une limite précise ; mais je crois que, grâce à la multiplicité des faits et à leur étude attentive, nous pourrons arriver à délimiter avec une grande sévérité des indications cliniques précises, autant du moins que cela est possible.

Pour le cancer du corps au contraire, où la lésion reste beaucoup plus longtemps enfermée dans la coque utérine, surtout quand on trouve un gros utérus, l'hystérectomie abdominale restera plus longtemps une méthode de choix.

Enfin, il est un certain nombre d'indications spéciales qui doivent faire préférer la voie abdominale. Je placerai en première ligne l'*étroitesse vaginale*, qu'il s'agisse d'un vagin virginal, ou de rétrécissements plus ou moins accentués congénitaux ou acquis. L'hystérectomie abdominale fournit alors un moyen tout naturel de tourner la difficulté.

Il faut signaler encore les cas de lésions *très avancées du col*, rendant les prises de cet organe difficiles et peu solides, et son abaissement à peu près impossible. Il en est de même des cas où le col manque par suite d'une *amputation préalable*. J'ai obéi à cette dernière indication, il y a deux mois environ, chez ma dernière malade. Il s'agissait d'une femme qui avait eu depuis plusieurs mois des accidents d'hémorrhagie utérine ayant fait croire à une métrite hémorrhagique. Un de mes confrères pratiqua alors un curettage avec amputation du col.

L'examen des débris du curettage ayant démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma du corps, alors que l'utérus très mobile et peu malade encore pouvait être enlevé par la voie vaginale : j'ai choisi la voie abdominale, à cause de l'absence du col et de la difficulté de bien l'abaisser. La malade a parfaitement guéri.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'hystérectomie vaginale doive être abandonnée. Il me semble qu'elle garde au contraire un domaine très net. Dans le cas de cancer tout à fait au début, avec lésions extrêmement limitées, alors qu'on a logiquement lieu d'espérer que l'envahissement ganglionnaire n'est pas commencé, on peut au choix faire l'hystérectomie vaginale ou l'abdominale. Le peu de gravité relative de l'hystérectomie vaginale peut la faire préférer dans ce cas ; ce peu de gravité opératoire est démontré par les statistiques, que j'ai données plus haut, et par l'étude des faits. J'ai pratiqué environ 25 hystérectomies vaginales soit pour cancer du col, soit pour cancer du corps ; sur ce nombre j'ai

eu trois morts opératoires, deux par septicémie, une par péritonite consécutive à une blessure de la vessie; mais mes autres malades ont guéri opératoirement : trois fois j'ai eu des hémorrhagies tardives, deux fois des fistules vésico-vaginales. Ces complications n'ont pas empêché la guérison.

Sur ces 25 cas je n'ai observé que *deux guérisons*, je ne dirai pas définitives, car il est encore trop tôt pour l'affirmer, mais durables. Une de mes malades est opérée depuis quatre ans moins deux mois, et demeure en parfaite santé.

La seconde malade a été opérée il y a un peu plus de cinq ans, en juillet 1875. Elle est encore aujourd'hui sans récidive.

Sans être très encourageants, ces résultats me semblent cependant montrer qu'il n'y a pas lieu, au moins pour le moment, d'abandonner l'hystérectomie vaginale. D'ailleurs, en dehors des cas où la limitation extrême des lésions rend cette intervention très légitime, elle doit être réservée à certains cas où il existe des contre-indications aujourd'hui acceptées à l'opération abdominale. Je veux parler des malades à *gros embonpoint* et des *femmes âgées*. Tous les opérateurs s'accordent à reconnaître un embonpoint exagéré comme une contre-indication à la voie haute, à cause de la difficulté opératoire qui en résulte, de la gravité plus grande de l'intervention, et des états graisseux du cœur qui peuvent souvent dans ces cas diminuer la résistance des malades (Rouffard). L'*âge* est aussi un facteur important. Tout le monde sait comme devient plus grave la laparotomie chez les femmes âgées ; il semble que chez les femmes ayant dépassé 55 ans, à égalité d'indication, la voie vaginale doive toujours être préférée, car elle est opératoirement, dans ce cas-là surtout, beaucoup plus bénigne.

Enfin, il n'est pas possible de quitter cette question du traitement du cancer utérin sans dire un mot des ressources des opérations palliatives dans les cas dits inopérables, c'est-à-dire dans ceux où aucune des deux hystérectomies n'est demeurée possible.

Je veux parler ici surtout du *curettage palliatif* pratiqué par tous les auteurs, applicable surtout aux formes fongueuses, avec hémorrhagie ou leucorrhée abondante, et dont Mme Kantzer a très bien étudié récemment les indications dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1900). Cette petite opération ordinairement sans danger, qui peut être répétée plusieurs fois, donne des améliorations passagères pouvant parfois aboutir à une survie très appréciable.

Je rappellerai l'observation bien commune d'Eugène Monod, qui à

l'aide de cinq curettages successifs a fait vivre plus de six ans une femme atteinte d'épithélioma très étendu. Je citerai encore une de mes observations personnelles, cancer du col très étendu, utérus presque immobile, premier curettage en octobre 1897 ; second curettage en mars 1899 : la malade est encore en ce moment dans un état général satisfaisant bien qu'elle commence à souffrir. Il y a donc là dans certains cas une ressource bien connue que j'ai cru utile de rappeler, et dont l'emploi pourra rendre quelques services.

En résumé, tout en reconnaissant que l'hystérectomie abdominale appliquée au cancer utérin donne la possibilité d'étendre dans une certaine mesure le champ opératoire, et d'enlever parfois assez facilement des ganglions peu nombreux et faciles à atteindre, je pense que ces indications doivent être limitées et précisées, et ne peuvent pas sans inconvénient être trop étendues.

L'hystérectomie vaginale mérite d'être conservée pour un certain nombre de lésions très limitées, et d'exécution très facile, et aussi pour les femmes très grasses et les personnes âgées. Aucune de ces opérations n'est véritablement curative, bien que dans certains cas il existe des guérisons définitives et sûres à la suite de leur emploi.

Enfin dans les cas dits inopérables le curettage palliatif offre souvent des ressources que l'on aurait grand tort de négliger.

— **J.-L. Faure** (Paris). — J'ai déjà donné, il y a un an, au Congrès d'Amsterdam, les raisons qui me faisaient préférer l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale dans le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Les raisons théoriques qui militent en faveur de cette opinion sont connues de tous : la voie abdominale permet de pratiquer des opérations plus larges, d'explorer les ligaments larges, d'enlever des ganglions, de s'arrêter au besoin si les lésions sont trop étendues. Je n'insiste pas sur ce point, non plus sur le conseil que j'ai déjà donné et que je renouvelle de pratiquer la ligature temporaire ou définitive des deux hypogastriques, à moins que la femme ne soit trop grosse et que la ligature ne paraisse trop difficile. On perd moins de sang, on gagne du temps et on voit mieux ce que l'on fait. Déjà, l'année dernière, j'avais été très frappé par les bons résultats que j'avais obtenus dans le cas de deux femmes inopérables par la voie vaginale et qui, l'une quatre mois et l'autre onze mois après, ne présentaient aucune trace de récidive.

Je viens de revoir ces deux malades, et l'état dans lequel je les ai

trouvées n'a fait que m'enraciner dans mon opinion qui est maintenant catégorique.

Chez ma première malade, âgée de 45 ans, le néoplasme était étendu et envahissait largement les culs-de-sac vaginaux. L'état général était mauvais et la malade était presque cachectique. L'hystérectomie abdominale, que je fis par hémisection, me permit d'enlever toute la partie supérieure du vagin. Je dus disséquer les deux uretères, particulièrement l'uretère droit qui était étranglé par le néoplasme sur une longueur de 5 centim. environ. A la fin de l'opération, les deux uretères étaient dénudés sur une longueur de 10 centim. et les vaisseaux iliaques des deux côtés étaient à nu. Je nettoyai de mon mieux le ligament large et j'enlevai de chaque côté des ganglions malades situés au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque. Au moment de l'opération, j'avais l'impression qu'elle serait inutile, sinon nuisible et que j'aurais, en somme, beaucoup mieux fait de m'abstenir.

Actuellement, cette malade que j'ai revue à diverses reprises depuis son opération, qui remonte à vingt-deux mois, et que j'ai vue pour la dernière fois le 27 juillet est dans un état de santé parfait. Non seulement elle a engraissé et regagné tout le terrain perdu pendant sa maladie, mais elle pèse aujourd'hui plus qu'elle n'a jamais pesé dans sa vie. L'appétit est excellent et elle travaille beaucoup sans fatigue. Bref, c'est un résultat supérieur à tout ce que je pouvais espérer. Localement, il n'y a aucune trace de récidive. Le fond du vagin est souple, lisse, et il est impossible de sentir rien d'anormal dans le petit bassin.

Au mois de mai, j'avais constaté au niveau du rein droit une tuméfaction qui me paraît évidemment due à une hydronéphrose, étant données les débâcles urinaires qu'a ressenties la malade. Je me demandais, à cette époque, s'il ne fallait pas l'attribuer à une compression de l'uretère par la repullulation du néoplasme. Je viens de la revoir, près de trois mois après : le rein est toujours un peu gros, et l'hydronéphrose persiste, bien que moins accentuée. Mais le toucher ne faisant rien sentir au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère et l'état de la malade ayant encore continué à s'améliorer pendant ces trois derniers mois, je crois qu'il est plus probable que nous nous trouvons en présence d'une atrésie de l'uretère plus ou moins comprimé dans le tissu cicatriciel qui a succédé à l'extirpation.

L'avenir me renseignera sur ce point ; mais c'est là, étant données les lésions étendues que présentait la malade au moment de son opération, un résultat qui dépasse toutes mes espérances.

Mon deuxième cas, pour être moins beau, n'en est pas moins des plus encourageants.

Ma malade, âgée de 42 ans, a été opérée le 10 avril 1899 ; il y a, par conséquent, seize mois. Elle aussi était inopérable par le vagin. Elle aussi avait les culs-de-sac envahis ; elle aussi a eu l'uretère droit disséqué et les ligaments larges bridés. Je ne lui ai point trouvé de ganglion. Chez elle aussi l'hystérectomie a été faite par hémisection utérine. C'était donc un cas mauvais, mais très certainement moins mauvais que le précédent, au moins en apparence.

Aujourd'hui, l'état général est excellent, et il n'y a eu aucune trace de récidive, soit localement, soit à distance.

Je ne puis me défendre d'être frappé par ces résultats que l'hystérectomie vaginale eût été radicalement impuissante à donner, et c'est pourquoi, bien que l'hystérectomie abdominale soit certainement plus

grave que la vaginale à cause des chances d'infection, que l'impossibilité de nettoyer complètement le foyer cancéreux rend toujours possible, je m'ancre de plus en plus dans cette idée que la meilleure arme que nous puissions employer pour combattre le cancer de l'utérus, et parfois même pour le vaincre, est l'hystérectomie abdominale totale. Devant le cancer, la gravité opératoire disparaît et l'opération la meilleure n'est pas celle qui donne les moins grandes chances de mort, mais bien celle qui donne les plus grandes chances de guérison.

— **Sneguireff** (Moscou). — Après avoir fait plus de 300 hystérectomies vaginales, je ne suis pas content de mes résultats. — Les observations recueillies dans mon service démontrent que parmi les malades qui viennent à la Clinique gynécologique et à l'Institut de Gynécologie, seulement 30 p. 100 sont dans des conditions à pouvoir être soumises à l'opération dite radicale. Les 70 p. 100 qui restent sont inopérables. On sait bien que cela tient à la propagation du néoplasme à la vessie, aux intestins et au tissu cellulaire, ce qui se manifeste cliniquement par l'immobilisation des organes et par une infiltration généralisée. L'opération vaginale devient impossible.

Donc ce qui s'impose ici, ce serait : 1° que les malades auraient dû venir plus tôt ; ou bien : 2° il faudrait étudier des procédés opératoires qui permettraient d'enlever les organes atteints de cancer avec les infiltrations qui les entourent, cela revient dans la plupart des cas à enlever aussi le tissu cellulaire du bassin, ce qui exige à son tour de pouvoir mobiliser les organes infiltrés à leur périphérie.

Pour le faire j'ai tâché de profiter du canal cellulaire qui entoure l'uretère et qui permet de suivre ce conduit à partir de la bifurcation des grands vaisseaux pelviens jusqu'à son embouchure à la vessie. Il suffit pour cela d'introduire par une petite incision du péritoine pariétal le doigt indicateur et de le faire suivre l'uretère en pénétrant dans la base même du ligament large et de détacher les adhérences latérales de ce conduit.

Si on relève la base du ligament large, on peut suivre les glandes lymphatiques qui entourent l'artère utérine aussi bien que celles qui accompagnent le plexus pampiniforme, qui toutes peuvent être enlevées s'il y a lieu.

Pour rendre mobile la vessie on n'a qu'à introduire le doigt dans la cavité de Retzius et pour extirper les ligaments utéro-sacrés il faut détacher le péritoine en arrière ; tout cela permet de mobiliser tous les organes pelviens : on peut alors les attirer en dehors de la cavité

abdominale pour les traiter selon les indications qui s'imposent.

L'application de cette méthode opératoire permet donc :

1° De lier les deux artères utérines ;

2° D'extirper le tissu cellulaire des ligaments larges ;

3° D'extirper conjointement avec ce tissu les ligaments utéro-sacrés ;

4° De rendre l'utérus et le rectum complètement mobiles et accessibles tant au toucher qu'à la vue.

Je ne possède encore présentement que deux observations de cas opérés par ce procédé. Ces cas m'ont donné des résultats favorables. Dans un de ces cas il m'est arrivé de léser un uretère que je parvins pourtant facilement à implanter dans la vessie, ce qui n'amena aucune complication.

— **Bowremann Jessett** (Londres). — Il y a une importance capitale à faire un *diagnostic précoce :* c'est là le point essentiel et duquel dépend le succès de l'intervention. J'espère qu'à ce point de vue médecin, accoucheur, praticien s'appliqueront désormais à se faire les meilleurs auxiliaires du chirurgien, en dépistant la maladie au début. Quand la maladie est limitée à l'orifice externe, au col, au corps de l'utérus ; que l'utérus est suffisamment mobile, et que les ligaments larges ne sont pas infiltrés, je pense que l'opération est praticable et dans le sens d'une opération radicale. Si, au contraire, la maladie a envahi les ligaments larges ou les parois vaginales, il ne peut être question d'opération radicale, et l'on peut se borner à des moyens palliatifs.

D'après ma pratique personnelle portant actuellement sur 150 cas d'hystérectomie vaginale, j'estime que dans quelques cas tout le tissu morbide ne peut être enlevé par la voie vaginale. Dans certains cas où la maladie existe dans un utérus myomateux, il sera nécessaire de choisir la voie abdominale. Dans bon nombre de ces cas, en outre, il convient d'enlever le col avec le thermocautère par le vagin ; puis d'enlever le fond de l'organe par le ventre. Je conseille particulièrement la voie vaginale comme plus sûre, la mortalité ne dépassant pas sûrement de 3 à 5 p. 100, et la convalescence étant plus rapide. Je n'ai jamais constaté la nécessité d'introduire des sondes dans les uretères, et suis convaincu qu'à condition de procéder avec prudence on peut réduire *au minimum* les dangers de léser ces organes. Je ne suture jamais le péritoine après l'opération, par la raison qu'en ramenant en bas les lambeaux péritonéaux et en tamponnant légèrement le vagin avec de la gaze antiseptique *on obtient tout ce qui peut être obtenu.*

— **Mangiagalli** (Pavie). — Je ne partage pas les enthousiasmes des hystérectomistes par voie abdominale pour cancer et je puise ma conviction dans mon expérience personnelle. L'hystérectomie vaginale n'est pas une mauvaise opération. Dans une période de douze ans j'ai opéré 127 hystérectomies par voie vaginale. Mortes 12, mortalité 8,66 p. 100. Résultats éloignés : 19 sans récidive entre deux et trois ans ; 9 sans récidive entre trois et quatre ans ; 4 sans récidive entre quatre et cinq ans ; 2 sans récidive entre cinq et six ans ; 2 sans récidive depuis huit ans. J'ai demandé à ma statistique si la méthode opératoire, pinces à demeure ou ligatures en soie, avait une influence sur les résultats éloignés. Aucune influence de la méthode n'a été démontrée.

L'hystérectomie abdominale est plus dangereuse, n'a pas tenu jusqu'à présent ses promesses au regard des résultats éloignés ; on ne réussit pas à extirper tous les ganglions sans grands dégâts ; les ganglions tuméfiés ne sont pas toujours cancéreux. Mais il y a un autre argument tiré de mon expérience : j'ai suivi presque toutes mes opérées ; sauf un cas de reproduction ganglionnaire, j'ai observé toujours la récidive locale, en tout voisinage de la cicatrice vaginale, même dans les cas dans lesquels l'utérus était très mobile. Selon ma conviction, l'amélioration du pronostic ne repose pas sur le changement de méthode ou de voie, mais sur le perfectionnement du diagnostic qui nous permet un diagnostic précoce.

— **Calderini** (Bologne). — Voir plus haut, p. 186.

— **Paul Reynier** (Paris). — Vous venez d'entendre mon ami le Dr Richelot et le Dr Dmitri de Ott se faire les défenseurs de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin. Certes les statistiques personnelles qu'ils nous donnent sont bien encourageantes : 6 cas de mort sur 100 dans la statistique de M. Richelot, pour une opération portant sur des malades infectées par le fait de leurs lésions, ayant une phagocytose diminuée, et se trouvant dans un état d'infériorité marquée contre l'infection. Voici des faits qui doivent nous frapper. Bien plus encourageants encore sont les résultats définitifs ! Des malades mourant douze ans après sans récidive ; ou des séries de malades chez lesquelles la récidive se fait attendre six ans, huit ans, dix ans et cependant chez lesquelles l'envahissement des culs-de-sac indiquaient même que les ganglions devaient être pris : il semble qu'il n'y a plus de discussion possible après de pareils faits.

Malheureusement rares sont les opérateurs qui ont de pareils succès,

et plus nombreux sont ceux qui ont été trop souvent déçus en pratiquant l'hystérectomie pour cancer utérin.

Vous avez entendu M. Bouilly, M. Jonnesco ; je viens ajouter mon expérience personnelle à la leur. Sur 52 hystérectomies vaginales pour cancer, je n'ai qu'une malade chez laquelle la récidive se soit fait attendre quatre ans et demi. J'ai bien encore 3 malades qui n'ont pas récidivé, chez lesquelles j'ai enlevé de gros cols fongueux, durs, qui me paraissaient suspects de dégénérescence cancéreuse ; mais à l'heure actuelle, en mon âme et conscience, je ne crois plus à mon diagnostic de cancer, et je crois malgré des examens histologiques, dont les résultats sont toujours à bon droit suspects, que j'ai dû faire une erreur.

J'ai enfin souvenance de ces malades, chez lesquelles tentant l'hystérectomie vaginale j'étais obligé de rester en route, trouvant un col pas abaissable, un utérus friable, se déchirant sous les pinces, un envahissement de la vessie, que je n'avais pu cliniquement prévoir ni diagnostiquer ; ces malades ont été remises dans leur lit soit avec une opération incomplète, soit avec des menaces d'hémorrhagie, d'infection, qui se sont pour quelques-unes réalisées.

Je suis étonné de ne pas avoir vu parler de ces cas, auxquels nous sommes tous exposés, et qui montrent sous un jour moins riant l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer.

Pour mon compte personnel, découragé par les résultats de cette opération, j'ai cherché depuis deux ans et demi par l'hystérectomie abdominale à avoir des résultats plus satisfaisants.

J'ai défendu cette opération au Congrès de chirurgie de 1898, à la Société de chirurgie, au Congrès d'Amsterdam de l'année dernière; je la défends encore aujourd'hui devant vous, car plus je la pratique, plus je considère que la voie abdominale doit primer ici la voie vaginale.

Comme vous l'a dit M. Jonnesco, c'est ainsi seulement qu'on peut espérer faire l'opération la plus complète. Ce ne sont pas seulement les ganglions qu'on peut enlever par cette voie, mais une étendue plus grande des culs-de-sac vaginaux, et la totalité du tissu cellulaire sous-ligamenteux qui les double. C'est dans ce tissu cellulaire, que *toujours* se fait la récidive, comme pour le cancer du sein dans l'aponévrose pectorale.

Or par l'hystérectomie vaginale, préoccupés de bien placer les pinces au ras de l'utérus, pour ne pas léser les uretères, vous laissez ce tissu

cellulaire, comme vous laissez les ganglions. Vous faites donc une opération irrationnelle, comme serait celle du cancer du sein, dans laquelle on respecterait les ganglions de l'aisselle, et les tissus sous-jacents suspects.

Enfin si vous avez un utérus friable, si votre vessie par malheur est prise, ces complications redoutables dans l'hystérectomie vaginale peuvent cependant par la voie abdominale n'être pas un obstacle à la guérison.

Par cette voie vous voyez en effet ce que vous faites, et vous fermerez plus facilement une vessie ouverte que par la voie vaginale. J'ai encore dans mon service une malade à laquelle j'ai enlevé il y a un mois un utérus cancéreux par la voie abdominale et qui a eu sa vessie ouverte pendant l'opération. Je l'ai suturée, et la malade ne s'est pas ressentie de cet accident. Je doute que les choses se seraient passées aussi facilement par la voie vaginale.

Ce sont toutes ces considérations qui me font donner la préférence à la voie abdominale, ne me laissant pas arrêter par cette objection, que cette opération est plus grave que l'hystérectomie vaginale.

S'il s'agissait de lésion compatible avec la vie, telle que fibrome, je comprends que cette considération ait une grosse valeur. Mais ici nous sommes en présence de malades condamnées. Laissons-les tranquilles, si vous voulez ; mais si nous y touchons dans l'espoir de prolonger leur existence, faisons l'exérèse la plus large, au risque d'augmenter le danger si cette exérèse nous permet d'espérer une survie plus grande. C'est cette pensée qui nous guide toutes les fois que nous nous attaquons au cancer, et qui doit nous guider ici comme partout ailleurs.

D'ailleurs, je ferai remarquer que, d'après les statistiques seules, il est difficile de dire si cette opération abdominale est plus grave que l'opération vaginale.

On s'est attaqué surtout au début par la voie abdominale aux cancers, qui ne paraissent plus justiciables de la voie vaginale. Il n'est donc pas étonnant que le choix de ces cas ait assombri les premières statistiques. D'ailleurs n'en a-t-il pas été de même au début de l'hystérectomie vaginale ? M. Bouilly nous rappelait sa première statistique; elle n'était pas brillante. Eh bien ! tout fait penser que notre technique s'améliorant, le choix de nos malades se faisant d'une façon plus judicieuse, la voie abdominale ne deviendra pas plus grave que la voie vaginale ; elle sera même dans les cancers utérins moins dangereuse.

seconde de septicémie péritonéale ; les autres sont trop récemment opérées pour entrer en ligne de compte. Les deux malades de Chavannaz, ont rapidement récidivé, bien que chez l'une d'entre elles il ait fait une très large résection vaginale, et sur les cinq opérées de Dubourg, une, la première, n'a pas encore de récidive quatre ans après son opération.

Nous savons aussi, d'ailleurs, que dans un certain nombre de cas on peut trouver des ganglions volumineux par pure inflammation démontrée histologiquement, comme dans le cas de Bröse (1), sans aucune lésion épithéliomateuse.

Enfin il est démontré aussi que l'enlèvement complet des ganglions pris par l'adénopathie secondaire n'est pas toujours possible et que dans bon nombre de cas les chirurgiens, même les plus habiles, ont été obligés de se borner à des extirpations ganglionnaires incomplètes à cause des difficultés de leur ablation, du danger de blesser les gros vaisseaux, et de l'impossibilité matérielle de pouvoir enlever tous les tissus suspects.

La possibilité de faire une ablation plus large et d'enlever, en s'aidant de la vue et du toucher, tous les tissus suspects d'infiltration épithéliomateuse, est un fait réel, et c'est là, il faut bien en convenir, l'avantage incontestable de l'opération abdominale sur l'extirpation par le vagin. Tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître la vérité de ce fait. Mais où doit se limiter l'action chirurgicale, devant quelle étendue de lésion doit-elle s'arrêter ? C'est là le point en discussion, et l'endroit où les divergences commencent.

Pour fixer les idées, dans son excellent rapport au Congrès de Chirurgie de 1899, notre collègue Ricard avait divisé les cancers utérins en trois groupes :

Dans le premier le *cancer utérin est tout à fait au début ; le col ou le corps sont seuls pris, l'utérus mobile, le bassin cliniquement indemne.* Dans le deuxième degré, la *lésion a envahi les culs-de-sac, l'utérus a perdu complètement sa mobilité et la base d'un des ligaments larges paraît envahie. La lésion, bien qu'ayant encore dépassé le col, paraît limitée et accessible.* Dans le troisième degré, enfin, *il réunit les cas où le petit bassin paraît être pris, les culs-de-sac vaginaux détruits, l'utérus fixé.*

L'accord paraît fait entre les chirurgiens pour les cas du premier et ceux du troisième groupe.

En effet, c'est dans les cas extrêmement bien limités, à utérus très

(1) Carcinome de l'utérus. *La Gynécologie*, 1899, p. 446.

mobile, que l'hystérectomie abdominale est le plus avantageuse.

« C'est là, dit Ricard, qu'elle présente son maximum d'indications, car on y trouve réunies l'innocuité et la facilité les plus grandes, et les plus grandes chances d'éradication radicale. » C'est aussi l'avis de Bellœuf qui écrit dans sa conclusion : « L'hystérectomie abdominale pour « cancer est l'opération de choix pour les cas simples observés tout à « fait au début et parfaitement limités à l'utérus. »

Il est permis cependant de rappeler aussi que c'est surtout dans les mêmes cas que l'hystérectomie vaginale est une opération facile, encore plus bénigne, et qui donne dans ces cas-là un certain nombre de succès durables ou définitifs. Il faut rappeler aussi que c'est surtout dans les cas de début et très limités que l'hystérectomie abdominale a donné des succès même en l'absence de toute extirpation ganglionnaire. .

Pour le troisième degré, alors que le bassin est pris, que les viscères sont plus ou moins envahis, l'accord vers l'abstention paraît se faire à peu près partout. Les opérations très longues et souvent fatalement incomplètes, l'impossibilité de l'éradication ganglionnaire totale, la gravité opératoire incontestable de ces cas mauvais font considérer l'extension trop grande du cancer comme une contre-indication formelle à l'opération radicale. Nous sommes déjà loin du temps où certains chirurgiens des plus habiles soit en Amérique, soit en Allemagne choisissaient la voie abdominale dans tous les cas où l'hystérectomie vaginale paraissait impossible, n'hésitaient pas à enlever tout ou partie des viscères envahis. La mortalité immédiate énorme dans les cas de ce genre, les complications opératoires multiples succédant à des dissections opératoires longues et nombreuses ont fait abandonner l'opération dans les cas de ce genre. Ainsi que l'a dit Bellœuf, c'était la mort au moins une fois sur deux, tout au moins la récidive rapidement assurée.

C'est à propos des faits qui constituent le deuxième degré de Ricard que la discussion reste ouverte, quand l'utérus a perdu un peu de sa mobilité, que les culs-de-sac paraissent un peu envahis, ainsi que la base du ligament large, avec une lésion qui semble encore limitée et accessible.

C'est dans ces cas-là qu'il serait nécessaire d'arriver à tracer une limite précise à l'action chirurgicale, à donner des indications nettes et cliniquement appréciables pour savoir à quel point l'extension du cancer devient une contre-indication opératoire.

Jusqu'à présent, chaque opérateur a un peu suivi à ce point de vue les tendances de son tempérament particulier, et on peut affirmer presqu'à coup sûr que ce sont les opérations faites pour des cas limites qui donnent les insuccès surchargeant encore les statistiques et causant une mortalité élevée.

Je donnerai comme exemple ma première observation d'hystérectomie abdominale. Il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années, qui portait un épithélioma du col assez développé. L'utérus était assez gros, peu mobile, et l'on sentait un noyau néoplasique à la base du ligament large gauche. A cause de ce dernier détail je me décidai à pratiquer l'hystérectomie abdominale ; l'opération fut longue et laborieuse ; la dissection du noyau du ligament large fut des plus difficiles, et au cours de cette manœuvre je rompis avec les doigts l'uretère gauche infiltré par l'épithélioma. Cet uretère rompu trop haut pour permettre un abouchement viscéral, fut relevé et suturé à la peau. Trois jours plus tard, la malade mourait d'obstruction intestinale ; une anse de l'intestin grêle s'était étranglée par coudure sur la corde formée par cet uretère.

J'ai rapporté cette observation pour montrer combien il est difficile de tracer cliniquement la limite opératoire. Les conditions indiquées par Ricard pour son deuxième degré existaient, *tumeur ayant dépassé le col, mobilité diminuée, lésion semblant comme limitée et accessible.*

Or dans ce cas, comme cela arrive du reste toujours et on ne saurait trop le dire, on trouve, à l'opération, des lésions constamment plus étendues que l'on ne peut le découvrir par l'examen clinique même le plus minutieux. De plus, l'infiltration de l'uretère, si j'avais pu la reconnaître, eût dû être considérée, de même que toute infiltration viscérale, comme une contre-indication opératoire.

Mais en dehors de cette contre-indication très nette produite par l'envahissement viscéral, comment tracer la limite entre les cas opérables et les cas non opérables ?

Il semble, d'après les faits observés et la lecture des observations, que nous devons devenir plus sévères encore pour la limitation des cas opératoires. Tout en reconnaissant avec la plupart des auteurs que l'hystérectomie abdominale permet une ablation plus large que la vaginale, je crois que pour ne pas en compromettre la valeur il faut se borner à la réserver pour les cas où, en dehors du col, seuls le haut du vagin ou bien le tissu conjonctif péri-utérin sont pris. J'incline à croire que nous devrons tendre à la refuser toutes les fois que le liga-

ment large est pris à un degré quelconque. Je n'ai pas la prétention de tracer ici une limite précise ; mais je crois que, grâce à la multiplicité des faits et à leur étude attentive, nous pourrons arriver à délimiter avec une grande sévérité des indications cliniques précises, autant du moins que cela est possible.

Pour le cancer du corps au contraire, où la lésion reste beaucoup plus longtemps enfermée dans la coque utérine, surtout quand on trouve un gros utérus, l'hystérectomie abdominale restera plus longtemps une méthode de choix.

Enfin, il est un certain nombre d'indications spéciales qui doivent faire préférer la voie abdominale. Je placerai en première ligne l'*étroitesse vaginale*, qu'il s'agisse d'un vagin virginal, ou de rétrécissements plus ou moins accentués congénitaux ou acquis. L'hystérectomie abdominale fournit alors un moyen tout naturel de tourner la difficulté.

Il faut signaler encore les cas de lésions *très avancées du col*, rendant les prises de cet organe difficiles et peu solides, et son abaissement à peu près impossible. Il en est de même des cas où le col manque par suite d'une *amputation préalable*. J'ai obéi à cette dernière indication, il y a deux mois environ, chez ma dernière malade. Il s'agissait d'une femme qui avait eu depuis plusieurs mois des accidents d'hémorrhagie utérine ayant fait croire à une métrite hémorrhagique. Un de mes confrères pratiqua alors un curettage avec amputation du col.

L'examen des débris du curettage ayant démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma du corps, alors que l'utérus très mobile et peu malade encore pouvait être enlevé par la voie vaginale : j'ai choisi la voie abdominale, à cause de l'absence du col et de la difficulté de bien l'abaisser. La malade a parfaitement guéri.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'hystérectomie vaginale doive être abandonnée. Il me semble qu'elle garde au contraire un domaine très net. Dans le cas de cancer tout à fait au début, avec lésions extrêmement limitées, alors qu'on a logiquement lieu d'espérer que l'envahissement ganglionnaire n'est pas commencé, on peut au choix faire l'hystérectomie vaginale ou l'abdominale. Le peu de gravité relative de l'hystérectomie vaginale peut la faire préférer dans ce cas ; ce peu de gravité opératoire est démontré par les statistiques, que j'ai données plus haut, et par l'étude des faits. J'ai pratiqué environ 25 hystérectomies vaginales soit pour cancer du col, soit pour cancer du corps ; sur ce nombre j'ai

cales. La récidive, dans la plupart de mes observations, a été constatée au niveau de la plaie vaginale. Au contraire, en enlevant par l'abdomen l'utérus et les ligaments larges, après une opération préliminaire par le vagin, quand le cancer siège sur le col, on se met dans les meilleures conditions pour faire une opération plus complète et qui nous laisse, au moins, la conscience tranquille, ayant le sentiment que nous avons fait tout le possible pour éviter les greffes *in situ*.

Le souci de la prophylaxie chirurgicale dans le cancer de l'utérus m'avait déjà suggéré l'idée d'une opération complémentaire de l'hystérectomie vaginale, savoir la *colpectomie haute*, c'est-à-dire la résection du tiers supérieur du vagin, et dans quelques cas de toute la paroi antérieure et postérieure du vagin. Dans tous les cas de cancer de l'utérus, j'ai eu recours à cette opération complémentaire. J'ajouterai : depuis quelque temps j'ai abandonné la méthode de forcipressure parce que dans quelques cas elle avait empêché l'exécution de la colpectomie haute. Adoptant la méthode d'hémostase à ligatures perdues, j'imaginai un procédé spécial d'hystérectomie qui me permit de faire la ligature isolée des vaisseaux, de haut en bas, et de me tenir éloigné le plus possible de l'utérus. De ce procédé et de la colpectomie haute dont la paternité, je crois, m'appartient, tout en restituant néanmoins à Richelot la première idée, je fais volontiers abandon, estimant plus raisonnable et plus sage de choisir la voie abdominale, sous la réserve d'avoir, au moins auparavant, débarrassé le vagin du cancer de l'utérus. Il résulte de tout cela, que l'opération du cancer de l'utérus comporte deux temps : 1° l'amputation du col par le vagin ; 2° l'hystérectomie et la colpectomie haute par l'abdomen.

Ces considérations exposées, voici les résultats de ma statistique : Sur plus de 1,500 observations de cancer de l'utérus, j'ai trouvé 70 fois l'indication à une opération radicale. Dans tous les autres cas, le processus était déjà très avancé. En disant « j'ai trouvé l'indication à une opération radicale » je ne prétends pas dire que la maladie était au début et que j'espérais faire une *cure radicale*.

D'autre part, de ces 70 cas jugés opérables, 41 femmes seulement acceptèrent mes conseils et mon intervention. Le résultat fut : 40 femmes vivantes, 1 morte.

Cette dernière femme avait une insuffisance cardiaque, de l'insuffisance rénale, une tumeur de la rate par malaria chronique. J'acceptai de l'opérer parce qu'elle avait un cancer très limité du col. Elle succomba au huitième jour, par exacerbation de la néphrite.

J'ai enregistré un autre décès chez une femme atteinte de cancer du col de l'utérus; mais cette observation n'appartient pas au groupe de celles qui nous intéressent ici, parce que le cancer du col coexistait avec des fibro-myômes utérins, et l'opération, au milieu d'incidents et d'accidents, dut être exécutée par voie mixte, vaginale et abdominale.

Au résumé, sur les 41 hystérectomies pour cancer du col, je compte 1 mort, celle-ci n'étant pas une conséquence directe de l'opération. La mortalité pour ma statistique est de 2,4 p. 100.

Des opérées survivent sans récidive:

1 après 4 ans et demi;
1 — 4 ans;
1 — 3 ans et 9 mois;
1 — 3 ans et 4 mois.

6 femmes vivent, mais avec récidive.

Toutes les autres sont mortes de récidive.

Les 4 survivantes fournissent une guérison chirurgicale de 8,9 p. 100.

A l'heure actuelle, on ne peut plus révoquer en doute la guérison chirurgicale du cancer de l'utérus, et je fais le vœu que le Congrès affirme solennellement *la curabilité chirurgicale du cancer de l'utérus*. Fondée sur cette conviction, notre propagande en faveur d'une intervention prompte sera plus efficace parmi les médecins praticiens, auxquels surtout incombe le devoir d'éveiller la crainte du cancer, et de faire comprendre la nécessité de l'examen local pour les troubles, si légers soient-ils, qui surviennent dans la sphère génitale.

Je crois donc que laissant, pour l'instant, en seconde ligne la question du choix de la voie abdominale ou vaginale, il incombe au Congrès de formuler la déclaration suivante : « le cancer de l'utérus est une affection curable par l'intervention chirurgicale ».

Séance du 4 août (matin).

Sur l'emploi, pour les sutures, du tendon de renne.

— **Sneguireff** (Moscou). — Une des conditions de la plus haute importance dans l'intervention chirurgicale sur la cavité péritonéale et pelvienne consiste à avoir des fils à suture tels que, tout en étant en

tous points semblables à la soie et au catgut, ils soient en même temps parfaitement stérilisables et parfaitement résorbables; en plus, ils doivent être à bon marché et faciles à se procurer. Les filaments du ligament jaune de Rengifer tarandus remplissent toutes ces conditions. Nous avons, moi et d'autres, démontré ce fait au cours des deux dernières années sur plus de deux cent cinquante laparotomies.

Les tentatives pour remplacer la soie par des matériaux résorbables remontent à Lister (1869 carbolized catgut), et depuis ce moment on a proposé à cet effet les matériaux les plus divers. Comme exemple je citerai le cordon taillé dans l'aorte du bœuf (1), les nerfs sciatiques du veau (2), des cordes faites des bandes du feuillet pariétal du péritoine du bœuf (3), des bandes taillées dans l'aponévrose (4). On a surtout proposé des tendons de tous les animaux domestiques (5), les fils tendineux des baleines (6), les fibres des extrémités tendineuses des muscles longs des membres antérieurs et postérieurs des rennes (7), les fibres tendineuses de la queue du kangourou (8), de la queue d'écureuil (9), de la queue du rat. Les fils tendineux de la queue du kangourou s'emploient encore actuellement : Marcy, de Boston, les vante surtout. Ces fils sont bons, mais très chers. C'est aussi Marcy qui, en 1881, a été le premier à employer les fils tendineux de Rengifer tarandus.

Mais c'est surtout à la Russie qu'appartient le mérite des essais d'introduction de ces fils en chirurgie. Ainsi en Omsk (Sibérie) le Docteur Putilov (10) a conseillé en 1884, indépendamment de Marcy, de rem-

---

(1) R. BARWELL. Experience and specimens of the Oxaorta ligature. *Brit. Med. Journ.*, 1881. March, 19, p. 432.

(2) WHITE. *Allgemeine medicinische Zeitung*, 1882, N. 89.

(3) ARANGINO. Sull'uso del peritoneo parietale per materiale di suturæ, ligatura. *Clinica chirurgica*, 1895, n° 8.

(4) MARCY. The animal suture; its place in surgery. *Medical Record*, 1890, p. 260.

(5) TILMANS. *Lehrbuch der allgemeine Chirurgie*.

(6) ISHIGURO. Ligatures made from the sinew of the whale. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1878, p. 580.

(7) PAYNE and JAMES JELKS. *The Mot Springs medical Journal*, 1894, avril 15.

(8) MARCY. *Loc. cit.*

(9) E. JONES. *Medical Record*.

(10) *Russkaia meditsina*, 1884, n° 5, p. 118.

placer le catgut qui coûte trop cher par les fils tendineux de Rengifer tarandus qu'il considérait comme substance solide et de prix peu élevé.

En 1886, le Docteur Levitsky (1) a démontré sur des chiens que ces fils sont parfaitement utilisables et résorbables. En 1890, la maison Schwabe (Moscou) les a déjà mis en vente ; en 1894, Schmidt de Helsingfors a fait des recherches sur la solidité des fils tendineux (2). Voilà les données qui existaient jusqu'en 1898.

Au cours de cette année j'ai fait un voyage et, m'étant arrêté à Arkangel, je vis les fils tordus qu'employaient les habitants du Nord pour coudre leurs habits. Je pris des échantillons de ces fils et d'après ces échantillons je réussis à me procurer deux ordres de fils : les uns tordus, pour ainsi dire tout préparés, et les autres des tendons séchés. Les premiers, c'est-à-dire les fils tordus, n'étaient pas complètement stérilisables malgré tous nos efforts et nous avons été obligés de les abandonner et de préparer nous-mêmes des fils de tendons séchés. Ces essais ont complètement réussi et c'est de ces fils que je désire vous parler.

On se procure les tendons du Rengifer tarandus, animaux presque toujours sains, car pour les habitants du Nord, les rennes constituent la principale source de revenu Ces habitants craignent toute affection des rennes ; aussi au moindre soupçon, les rennes sont tués et brûlés. Les rennes par troupeaux de huit à douze mille, sont tués en hiver en grand nombre pour la vente exclusive des peaux. Tout le reste, y compris les tendons, ne forme qu'un produit accessoire. Ce fait est très important à connaître, car les rennes, présentant une affection évidente, ne peuvent absolument pas être vendus, et si ce fait arrivait ce serait un cas tout à fait exceptionnel.

Ainsi donc le produit lui-même est pris sur des animaux sains et dans un milieu où la température est peu élevée. Les tendons séchés peuvent se conserver sans s'altérer, pendant des années entières, s'ils ne sont pas exposés à l'humidité. Leur prix revient à 130 francs le poud (40 livres russes) ; et d'un poud on peut préparer 50,000 fils.

M'étant procuré ce produit j'ai entrepris son étude et j'ai divisé mon travail en deux parties : une expérimentale que j'ai confiée au Docteur Greifé, assistant de la Clinique gynécologique, et l'autre, clinique, que

(1) *Travaux du 11e Congrès des médecins russes de Moscou*, 1887, p. 1.
(2) *Vratsh*, 1887, n° 1, p. 19.

j'ai faite moi-même. Ces deux parties du travail sont actuellement à peu près terminées.

Le Dr Greifé a fait sa thèse sur « *les sutures à l'aide de fils de tendons de rennes* ». Moi-même, j'ai écrit deux articles l'un dans le *Centralblatt für Chirurgie* (1899, n° 24) et un autre plus détaillé dans le *Journal d'obstétrique et de gynécologie* (en Russie, 1900, n° 1). Le même a paru en traduction dans le *Centralblatt für Gynæcologie* (1900, n° 10). En plus, je sais que le Dr Tuffier (*Annales de gynécologie*, 1899, p 619) a employé ces fils avec succès. Parmi les médecins russes nous devons citer le large emploi de ces fils au cours de laparotomies par le Professeur A. P. Gubarev, le Dr V. F. Bobrov, le Dr Beier, le Dr Berezovsky, le Dr Galitsky, le Dr Zereninn et le Dr Kuznetsky de Nijni-Tagil (sur l'Oural).

Le travail du Dr Greifé peut se résumer de la façon suivante :

1° Le ligament jaune du renne est composé de faisceaux parallèles, de tissu conjonctif fibrillaire et non pas de fibres élastiques comme le ligament jaune d'autres animaux domestiques de grande taille.

C'est grâce à cette différence essentielle que les tendons du renne peuvent être dissociés en fils et peuvent être résorbés dans l'organisme sans laisser de traces, tandis que les tendons du cheval, du bœuf, etc. qui contiennent une quantité considérable de fibres élastiques sont dépourvus de cette propriété.

2° Les fils préparés par dissociation des tendons peuvent être de différentes épaisseurs, et de différentes longueurs, de 25 à 70 cent. de long. Ces fils sont plats, pas toujours égaux en épaisseur, c'est-à-dire qu'un bout peut être plus mince, ce qui facilite du reste l'introduction du fil dans l'aiguille sans nuire à l'exécution du travail.

Ce fil est très résistant à l'état sec et préparé, ce dont chacun de vous peut se convaincre. Le catgut en s'imbibant perd 40 p. 100 de sa solidité, tandis que dans les mêmes conditions la résistance des fils de tendons de rennes semble même augmenter. La stérilisation et le mode de préparation n'altèrent nullement la solidité des fils.

3° *Élasticité.* — D'après les recherches du Dr Greifé il résulte qu'un fil de catgut à l'état humide est à peu près une fois et demie plus élastique qu'un fil de soie humide et presque 5 fois plus élastique qu'un fil tendineux humide. Ce dernier à l'état humide est 2 fois plus élastique qu'à l'état sec. Cette propriété du fil est très importante à connaître au point de vue pratique, car une ligature possédant une

élasticité quoique moins prononcée, mais plus parfaite, ne permettra pas aux tissus comprimés de s'échapper du nœud.

4° La capillarité des fils est à peu près 2 fois moindre que celle du catgut, mais de beaucoup supérieure à celle de la soie.

Stérilisation des fils tendineux. — Après beaucoup d'essais le Dr Greifé est arrivé à la conclusion que ni la température élevée soit à l'état sec, soit par chauffage dans des liquides à point d'ébullition élevé (xylol, huile de lavande, cumol, vapeur d'alcool), ni l'emploi de la chaleur humide, ni l'ébullition après préparation par la formaline (en solution ou en vapeur), ni le liquide de Müller, ni la solution de Flemming, ni le permanganate de potasse, ni l'eau oxygénée, ni l'acide phénique, ni la teinture d'iode, ne peuvent servir à la stérilisation.

Aussi cet auteur s'est-il arrêté parmi toutes les substances chimiques au sublimé et à l'huile de genévrier qui seules ont donné les résultats satisfaisants et stables.

Technique de stérilisation des fils. — Les fils préparés sont dégraissés à l'éther pendant quarante-huit heures et sont plongés après dessiccation dans l'huile de genévrier pendant trente jours ; puis ils sont traités par l'éther pendant quarante-huit heures et mis dans l'alcool. Après trois jours de séjour dans l'alcool les fils sont mis dans une solution aqueuse de sublimé à 1 p. 200 avec addition de sel marin dans la même proportion.

On décante la solution au bout de deux jours, et les fils sont plongés ensuite dans l'alcool où ils séjournent jusqu'au moment de l'opération. En additionnant de l'eau à l'alcool, on peut se procurer des fils possédant le degré voulu de souplesse et de flexibilité. Dans tous ces procédés il faut surtout faire attention à ce que chaque fil baigne complètement dans les liquides.

Toutes ces manipulations doivent être faites dans un seul et même vase aussi bien pendant la préparation que pendant l'opération. A cet effet, le Dr Greifé a imaginé des tubes spéciaux. Ces tubes sont constitués sur le principe des boites de Pétri ; ils conservent les fils qui y sont plongés à l'état absolument stérile et permettent d'économiser le temps pendant l'opération.

Un faisceau de fils est introduit dans l'anneau d'une baguette de verre et est plongé dans le tube. Quand on retire un seul fil à l'aide d'une pince, ce qui empêche tous les faisceaux de s'échapper du tube, c'est d'abord l'élasticité des fils qui les applique aux parois du vase ; quand l'élasticité seule ne suffit pas, on peut retenir la baguette de

verre dans le tube par une vis. Pendant l'opération les grands couvercles sont remplacés par des chapiteaux courts qui, à la fin de l'opération, à leur tour sont remplacés par les couvercles précédents dont les bords son préalablement flambés à la lampe à alcool.

Au cours de la laparotomie on a besoin de fils gros et minces, de trois épaisseurs différentes, des fils minces, moyens et épais. Tous les 6 tubes sont posés sur un support spécial.

Expériences sur les animaux. — Toutes les expériences ont été faites sur des chiens, et quatre seulement sur des lapins. Ces expériences avaient pour but de constater : 1° si la résorption des fils est complète ou incomplète ; 2° après combien de temps la résorption se fait-elle ; 3° pendant combien de temps peut-on compter sur la conservation des propriétés physiques indispensables des fils (résistance, etc.) ; 4° quelle est la nature des processus qui se passent pendant la résorption.

Ces expériences ont démontré que les fils tendineux se désagrègent dans l'organisme après un temps variable suivant leur épaisseur. En moyenne les fils fins (plus fins que le catgut n° 3) avec lesquels on fait la suture des téguments externes, ne se résorbent pas avant quatre jours ; les fils moyens demandent sept jours au moins, et les gros dix jours au moins pour la résorption. Quant aux sutures posées sur le péritoine et le tissu conjonctif, les plus fins conservent leur résistance jusqu'au quatrième jour, les moyens jusqu'au neuvième et les gros jusqu'au douzième jour. Ces faits concordent parfaitement avec ceux obtenus sur l'homme dans les sutures avec les fils tendineux.

Les fils tendineux se résorbent complètement, ainsi que le démontrent les recherches microscopiques faites sur des animaux sacrifiés au bout de cent un et cent trente-cinq jours. Une pelote de 20 fils tendineux, introduite dans la cavité péritonéale d'un chien, a été complètement résorbée au bout de deux cent soixante-cinq jours, sans laisser de traces ; chez une femme à laquelle on avait pratiqué l'ablation des annexes gauches le 3 mars 1899 avec application de neuf points de suture au gros fil, et à laquelle on a fait une laparotomie pour ablation des annexes droites avec hystérectomie et ablation du moignon des annexes gauches, le 3 octobre de la même année, c'est-à-dire deux cent quatre-vingt-quatre jours après la première opération ; on n'a trouvé aucune trace des fils tendineux dans les tissus. Ainsi donc la résorption est complète : elle se fait par les cellules lymphoïdes et épithélioïdes. Ces fils sont remplacés par du tissu conjonctif qui

se distingue seulement par sa richesse en éléments cellulaires.

En cas de suppuration, les fils se résorbent complètement et plus vite. Ce fait est confirmé dans la pratique chez l'homme, fait très important et qui explique la rapide résorption des infiltrations post-opératoires en cas de suppuration.

Ainsi donc les tendons de rennes se résorbent complètement : dans des conditions aseptiques cette résorption s'effectue en trois mois ; en cas de suppuration, en deux mois.

Quant aux organes urinaires, ces fils se résorbent plus lentement dans le parenchyme rénal qu'à la surface de l'organe. La résorption dans les intestins se fait comme dans les autres tissus.

Dans les expériences sur les animaux quand on pouvait exclure une infection secondaire, on ne trouvait nulle part de suppuration ; la stérilité était complète aussi loin dans la cavité péritonéale que dans les reins, les vaisseaux, les intestins, les os. L'examen bactériologique des ligatures et des sutures a toujours donné des résultats négatifs. Toutes ces données nous ont autorisé à employer la suture avec des fils de tendons de rennes dans les opérations faites sur l'homme.

Emploi des fils tendineux dans les opérations sur l'homme.— Depuis l'été de l'année 1898, j'ai commencé à employer ces ligatures d'abord à l'hôpital Alexinsky ; puis après les recherches expérimentales, aussi à la Clinique gynécologique et à l'Institut gynécologique de la Faculté de Moscou. Actuellement je possède les observations de 200 laparotomies pratiquées par moi-même, de 70 cas du professeur Gubarev et de 20 cas de l'assistant de Bobrov. Le total forme 290 laparotomies pratiquées dans le courant des deux dernières années dans nos institutions seulement, laparotomies où on a fait l'usage exclusif des ligatures à l'aide de ces fils. En plus je les ai employés dans les opérations sur le périnée, les grandes lèvres, le vagin ; dans les fistules, les opérations sur le col utérin, tout cela au nombre de plus de 100. Dans quelques cas isolés j'en ai aussi fait usage dans les opérations sur la glande mammaire, le cou, le goitre, le canal inguinal ; dans l'extirpation du vas deferens, des ligaments ronds et dans un cas d'opération sur le squelette. Le Dr Kuznetsky les a employés avec succès dans les opérations de hernies inguinales et crurales.

Il faut noter que les fils peuvent s'infecter facilement à l'extérieur soit au moment de leur application, soit en trouvant un milieu favorable à l'infection, comme le vagin par exemple. Pour éviter cette infection on met dans le tube, immédiatement avant l'opération, un peu de tein-

ture d'iode, comme le conseille le professeur Gubarev. L'addition de cette substance est très rationnelle et parfaitement applicable dans la chirurgie abdominale.

Les résultats sont les suivants : 1° facilité d'armer une aiguille même intestinale, car le fil peut à tout moment être facilement dédoublé ; 2° le nœud se fait vite, il est stable ; pas besoin d'un nœud chirurgical, deux ou trois nœuds ordinaires suffisent amplement. On n'a jamais noté qu'un nœud se soit défait ; pas de glissement de la ligature, ce qui s'explique par la constance de l'élasticité.

L'emploi de ces fils dans les sutures des plaies péritonéales a constitué un progrès notable, ayant permis d'éviter l'ablation des sutures. On fait une suture à trois étages : 1° du péritoine, 2° des aponévroses, 3° intradermique. La réunion de la plaie est toujours solide et parfaite, aussi bien avec que sans drainage. Le drainage est maintenu parfois pendant des mois. La désunion complète de la plaie a été observée deux fois, la réouverture partielle dans plusieurs cas. Les causes de ce défaut d'union sont variables : polysarcie, œdème, atrophie, vomissement, mouvement brusque des malades, etc. En plus, nous avons eu l'occasion d'observer le même défaut d'union avec la soie et le crin de Florence. Étant donnée l'impossibilité de prévoir toujours ces cas, nous avons toujours appliqué deux points de suture profonde au crin de Florence, qu'on nouait sur un rouleau de gaze. Dans ces conditions la désunion de la plaie peut être évitée, ainsi que nos cas le démontrent. Je ne peux rien dire sur la formation des hernies, car elles sont en général rares chez nous, 25 cas sur mille laparotomies.

Ainsi donc, grâce à l'emploi de ces fils, on évite l'ablation des sutures et le pansement peut rester en place jusqu'au moment où la malade peut se lever, c'est-à-dire jusqu'au 14e jour. La suppuration de la plaie et des points de sutures est un phénomène exceptionnel, surtout depuis que nous faisons usage de la teinture d'iode. Quand la suppuration existe, elle est très passagère, et jamais nous n'avons constaté d'infiltrations dermiques occasionnées par les fils. Si, au 9e ou au 10e jour après l'opération on passe un tampon de gaze humide sur une plaie suturée profondément par les fils tendineux de renne, les nœuds se détachent et restent sur le tampon ; on voit alors que les parties profondes des fils sont amincies, comme fondues. Ce détachement des fils ne provoque aucune douleur. Toutefois le fait n'est pas constant. Nous avons eu deux cas où la partie intradermique des fils est sortie

presque sans altération au bout d'un mois. Le même fait a été observé par le professeur Gubarev.

On n'a pas encore pu trouver la cause de ces phénomènes, si c'est dans le fil lui-même ou dans l'organisme de la malade.

Les sutures de la plaie abdominale (c'est-à-dire les sutures cutanées) se conservent aussi bien avec les pansements aseptiques qu'antiseptiques. Dans quelques cas de sutures profondes on a été obligé de les enlever par le procédé ordinaire, mais toujours la partie profonde du fil était amincie quoiqu'inégalement.

L'emploi des fils de rennes pour les opérations sur les cavités péritonéales et pelviennes était très variable, aussi bien au point de vue du nombre des fils, que de la variété des tissus et organes.

Sur l'utérus ils ont été appliqués dans deux cas d'opération césarienne conservatrice et dans plusieurs cas d'intervention pour fibromyôme par le procédé conservateur. Sur les annexes, dans leur ablation et la résection partielle des ovaires. Sur la vessie, en cas de blessure, dans la résection de l'intestin et la gastro-entérostomie. Mais c'est surtout dans les diverses opérations autoplastiques des cavités péritonéale et pelvienne que ces fils ont été employés. Tous ces détails ont été décrits dans la thèse du docteur Greifé et dans tous les cas les résultats étaient très favorables.

Au début, quand on employait pour la stérilisation des fils une solution du sublimé à 1 p. 100 on observait des cas d'hydrargyrisme, cas très passagers il est vrai, mais forçant à étudier cette question. Voici les résultats obtenus par le docteur Greifé. La quantité de sels mercuriels retenus par les fils d'une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100 est égale à 4,45 p. 100; pour une même solution à 1 p. 300, la quantité retenue est de 1,95 p. 100. La partie retenue est moindre si on fait usage des solutions aqueuses de sublimé de même concentration ; d'une solution de 1 p. 100, 4,1 p. 100 ; d'une solution de 2 p. 100, 2,38 p. 100. Si l'on admet que tout le mercure est retenu sous forme de sublimé (ce qui n'est pas en réalité) avec la dernière solution (2,38 p. 100) la dose maxima (0,02) serait distribuée dans 60 points de sutures et ligatures environ. De cette façon on ne doit pas observer des phénomènes d'intoxication avec une telle semence en mercure. Comme notre expérience nous le démontre, ces cas ne s'observent plus et maintenant nous avons pour ainsi dire trouvé la normale de la désinfection.

Cette abondance de points de sutures qui peuvent être laissés impu-

nément dans la cavité abdominale, leur faculté de remplacer les tissus et d'empêcher ainsi l'adhérence des surfaces lésées des organes péritonéaux et pelviens m'ont incité à remplacer l'os, dans un cas de la perte de substance du maxillaire inférieur, par une pelote d'un pouce et demi de long sur un demi-pouce de largeur ou d'épaisseur avec plein succès.

Nous avons donc par conséquent dans ces tendons, une substance remplaçant les tissus. Je crois qu'il en serait de même pour la suture des tendons avec perte de substance. Le tissu conjonctif les pénètre et se substitue à la substance qui manque.

Au cours de l'application des sutures on faisait souvent le lavage du péritoine avec une solution de sel marin pour diverses causes (53 fois sur 150 cas), ou bien le foyer infectieux était essuyé avec un tampon imbibé d'eau oxygénée ; dans les deux cas, la résistance et la solidité des sutures n'était pas amoindrie ; jamais on n'a observé d'hémorrhagie secondaire là où on pouvait l'attribuer aux sutures.

L'évolution post-opératoire, même en cas de suppuration et de désagrégation était très favorable. Sur 250 cas de laparotomie nous avons eu seulement dans 42 cas une température supérieure à 37°,7. Ce chiffre de 37°,7 peut être pris comme normal, car cette température peut s'observer durant les premiers jours après toute opération avec n'importe quels fils de suture. De ces 42 cas, 35 peuvent être expliqués facilement par les particularités des cas ayant suppuré avant l'opération, par l'introduction du pus, du mucus, des matières fécales pendant l'opération, etc. Dans sept cas seulement on a pu trouver la cause de l'élévation de la température. Mais même ces cas se sont terminés favorablement sans complications ultérieures. Donc ici aussi les fils de ligature n'étaient pas en cause, car s'il en avait été autrement, la température serait restée élevée pendant leur résorption complète.

Voici la table de 150 premiers cas de laparotomie, avec indication des complications et des cas d'issue mortelle.

NATURE DES OPÉRATIONS	TOTAL DES CAS	NOMBRE DE CAS ÉVOLUÉS sans complications	NOMBRE DE CAS ÉVOLUÉS avec T. au-dessus de 37°7	NOMBRE DE CAS DE MORT
Myohystérectomie	28	16	9	3
Myomectomie	4	2	1	1
Extirpation de l'utérus et des annexes	6	2	4	—
Oophorectomie unilatérale	25	18	6	1
— bilatérale	5	3	2	—
— et salpingo-oophorectomie	9	6	3	—
Salpingo-oophorectomie unilatérale	7	6	1	—
— bilatérale	33	18	11	4
— et salpingectomie	1	1	—	—
Grossesse extra-utérine	9	6	3	—
Opération césarienne	1	1	—	—
Marsupialisation de kyste	2	2	—	—
— avec amputation supravaginale de l'utérus	1	—	1	—
Hystéropexie abdominale	1	1	—	—
Ablation des cornes utérines et des annexes rudimentaires	2	2	—	—
Ouverture de kyste hydatique	2	1	—	1
Résection de l'appendice vermiforme et salpingo-oophorectomie	1	1	—	—
Extirpation de sarcome de la paroi abdominale antérieure	1	1	—	—
Cure radicale de hernie	6	5	—	1
Laparotomie exploratrice	6	5	1	—
Total	150	97	42	11

Abordons maintenant la dernière question. Qu'est-ce qu'ont démontré les 7 autopsies sur 11 cas de mort après laparotomie. Tous ces 7 cas ont été examinés à l'Institut anatomo-pathologique et on a fait l'examen bactériologique.

Les causes de mort étaient : dans 2 cas, la paralysie du cœur, dans

2 cas, l'hémorrhagie après la myo-hystérectomie ; dans 2 cas, la péritonite septique et dans 1 cas, la pyohémie ayant eu pour point de départ une eschare gangréneuse. Dans tous les cas, il ne faut pas voir la cause première de la mort dans l'emploi des fils tendineux au cours de l'opération. Les autopsies ont démontré que dans les cas où la mort est survenue au bout de trois ou quatre jours la résistance des fils dans la cavité péritonéale n'a pas changé. Il en était de même dans un cas au septième jour. Au dixième jour, cette résistance était notablement altérée, mais suffisante cependant à la traction à l'aide d'une pince. Les fils dans la plaie abdominale présentaient leur résistance primitive, mais au dixième jour elle était moindre pour les fils de la plaie abdominale que pour ceux de la cavité péritonéale.

Donc, on n'a noté ni stérilisation insuffisante, ni perte de résistance des fils. La désunion des lèvres de la plaie en cas de blessure du péritoine n'a pas été observée non plus. Par conséquent, rien ne favorisait la formation des adhérences des organes entre eux. Deux fois on a constaté des hématomes, dont un de volume d'une pomme. Une autre fois il y avait une hémorrhagie vaginale après myo-hystérectomie le seizième et le vingt-quatrième jour après l'opération. Cette hémorrhagie avait pour source un vieil hématome du ligament large. Mais nous avons observé des hématomes pareils dans les sutures avec la soie.

Les autres cas, que nous avons observés, nous ont convaincu de l'absence d'infection, car les suppurations et les infiltrations étaient soit très passagères, soit très limitées.

Mais la qualité principale des sutures faites avec des tendons de renne, c'est l'absence d'infiltration chronique et de formation de trajet fistuleux. Même si ces complications se présentaient, elles étaient de courte durée et n'amenaient pas de troubles généraux, ce qui permet, bien entendu, de juger la bonne qualité des sutures. Sur 139 cas, nous n'avons observé que 5 fois l'infiltration au niveau du moignon. Chez 42 malades la température a dépassé 37°,7 ; mais, comme nous l'avons fait remarquer, dans 35 de ces cas cette élévation thermique s'expliquait par la nature même de l'infection.

Dans certains cas la mort était due à la péritonite septique ; 2 fois on a pu la rattacher à la cirrhose rénale. Il résulte de nos observations qu'en cas de polyurie et d'abaissement du taux de l'urée jusqu'à 20 grammes et au-dessous les malades meurent en présentant les phénomènes septiques. Dans tous ces cas, je renonce à intervenir. Ces

cas sont généralement insidieux, car l'albuminurie et la présence de cylindres, même de cylindres hyalins, peuvent faire défaut.

Dans trois cas ces sutures ont été employées dans la néphropexie; l'union a toujours été parfaite. Je crois que si on lie l'uretère avec un fil d'épaisseur moyenne, il se produira une hydronéphrose passagère qui disparaîtra au bout de sept à huit jours, les fils se résorbant infailliblement. Les opérations sur des fistules m'ont démontré que les urates ne se déposent ni sur les fils, ni sur les nœuds ; c'est pourquoi je crois que ces matériaux conviennent le mieux à la suture de l'uretère. Je n'ai eu l'occasion de faire qu'une seule gastro-entérostomie et quelques résections intestinales et entérostomoses ; le succès a été toujours parfait. Les interventions sur la muqueuse vaginale et le col exigent la désinfection vaginale pré et post-opératoire la plus minutieuse.

Les suppurations peuvent s'observer dans ces cas très fréquemment. Par contre, l'hystérectomie, l'hystéropexie et l'hystérotomie donnent d'excellents résultats. De même dans les sutures périnéales d'après le procédé de Lawson Tait, on obtient toujours la réunion par première intention.

En présentant à votre examen de nouveaux matériaux de suture je n'ai nullement voulu aborder la question de qualité et d'emploi des autres matériaux; j'ai voulu simplement démontrer que les fils préparés avec des tendons de renne peuvent être employés dans les opérations les plus compliquées et portant sur n'importe quel tissu de l'organisme, leur stérilité et leur solidité étant absolument démontrées par des recherches expérimentales et des observations cliniques. Leur plus grand avantage, surtout dans les laparotomies et plus particulièrement dans les interventions gynécologiques, est qu'ils ne donnent jamais lieu à l'infiltration ni à la production de trajets fistuleux, même s'il s'agit de cas suppurés. Même si ces trajets et si ces infiltrations se produisent, leur durée est remarquablement courte et la tendance des fistules à se fermer rapidement est extraordinaire. Le seul défaut qu'on pourrait leur reprocher est leur prix élevé et la difficulté de se les procurer. En ce qui concerne le prix, nous sommes arrivés à avoir à Moscou le cent pour trois francs, prix inférieur à celui du catgut et égal à celui de la soie, au moins en Russie.

Quant au second inconvénient, si l'usage de ces fils devenait très étendu, on le limiterait, je crois, aux opérations cavitaires.

Sur les rapports anatomiques de l'œuf à la paroi de la trompe gravide.

— **Madame Stroganoff** (Saint-Pétersbourg). — Mes recherches sont basées sur des cas nombreux observés à l'Institut impérial clinique de la Gr. Duchesse H. P. et opérés soit par le professeur Ott, soit par ses assistants ; de même que sur deux cas opérés à l'hôpital Oboukhov par le Dr Vasten. Le nombre total des cas étudiés par moi s'élève à une quarantaine et se rapporte aux périodes les plus différentes de la grossesse, en commençant par les périodes les plus récentes (de quinze à vingt jours) et en terminant par les grossesses à terme. Dans la plupart des cas la grossesse s'était interrompue ; j'ai cependant observé plusieurs trompes dans lesquelles la grossesse suivait son cours.

Vu la différence dans la structure anatomique entre la trompe et l'utérus, il était déjà à priori à supposer que la trompe va se comporter différemment par rapport à l'œuf fixé à sa paroi.

Sans parler même de l'épaisseur de la paroi musculaire, nous trouvons une forte différence dans la structure de la muqueuse de la trompe, se distinguant de celle de l'utérus par l'absence totale des glandes.

Néanmoins des auteurs nombreux, s'étant occupés de recherches anatomiques sur les trompes gravides, sont arrivés à la conclusion que la muqueuse de la trompe se modifie dans ses traits principaux au moins de la même façon que la muqueuse utérine, c'est-à-dire lui décrivaient une couche glandulaire et une couche compacte. C'est ainsi que nous trouvons ces idées exprimées dans un des derniers ouvrages du Dr Webster, consacré à la grossesse ectopique. Et ce n'est que l'année passée que Kuhn et Kreisch ont démontré que beaucoup d'auteurs prenaient pour caduque les cellules d'origine fœtale, c'est-à-dire les éléments de la couche de Langhans, qui avaient fortement proliféré.

Et en effet dans la région sérotine qui avait été l'objet d'une étude spéciale de ma part, les couches glandulaire et compacte, tellement caractéristiques pour la grossesse intra-utérine, ne se développent pas du tout. Le chorion adhère immédiatement à la couche musculaire.

L'absence de ces couches, qui se développent fortement au cours de la grossesse intra-utérine et qui sont ordinairement munies d'un riche réseau de vaisseaux, détermine dans la grossesse tubaire des rapports tout à fait différents du chorion à la couche musculaire sous-jacente.

Celle-ci présente en général de l'hypertrophie et de l'hyperplasie qui atteignent de préférence le tissu conjonctif intra-musculaire, renfermant des vaisseaux nombreux. Entre les vaisseaux se trouvent disposées des cavités vasculaires larges, à parois minces et semblables aux vaisseaux qui caractérisent la couche compacte au cours de la grossesse intra-utérine.

L'épaisseur de la couche musculaire est loin d'être uniforme et, étudiée sur la même coupe, présente des variations considérables, ce qu'il faut attribuer, paraît-il, aux rapports plus ou moins intimes de cette couche avec le chorion.

Dans la plus grande majorité des cas étudiés par moi, des villosités choriales solitaires et même des groupes entiers de celles-ci se trouvaient situés dans l'épaisseur de la couche musculaire, quelquefois même dans le voisinage immédiat du péritoine de la trompe. Quant à la grossesse intra-utérine, les villosités choriales ne s'observent entre les faisceaux musculaires que dans les cas exceptionnels, pathologiques.

Certains auteurs avaient vu dans des cas uniques la pénétration des villosités choriales dans la couche musculaire : tels Poppel, Langhans, Leopold.

La pénétration des villosités choriales dans l'épaisseur de la paroi s'effectue suivant le tissu conjonctif, séparant les faisceaux musculaires, et s'accompagne d'une prolifération abondante des cellules appartenant à la couche de Langhans.

Rien d'étonnant que ces cellules, infiltrant le tissu conjonctif intermusculaire et ressemblant tellement aux cellules de la membrane caduque, aient été prises pour celles-ci. Il n'est cependant pas difficile de se rendre compte de leur origine réelle, d'après leurs rapports intimes avec les cellules de la couche de Langhans, et même d'après leur ressemblance extérieure. On rencontre parmi ces cellules également des cellules polynucléaires, mais en quantité bien moindre cependant que dans la grossesse intra-utérine. Ce fait pourrait s'expliquer par les conditions bien moins favorables de nutrition dans la grossesse tubaire.

La couche cellulaire se dirige en proliférant vers les vaisseaux et détermine, de même que dans la grossesse intra-utérine, leur rupture, ce qui a été décrit par nous dans nos publications antérieures et a trouvé sa vérification dans les travaux récents des auteurs (Peters, Henkelom).

La couche de Nitabuch, qui limite dans la grossesse intra-utérine la pénétration des éléments fœtaux, est en général peu développée dans la grossesse tubaire, faisant même quelquefois complètement défaut.

La pénétration des villosités choriales dans l'épaisseur des muscles doit être attribuée à l'absence de la couche compacte et de la couche glandulaire, riches en vaisseaux, de même qu'au développement faible de la couche de Nitabuch.

Les villosités choriales constituent les anneaux intermédiaires principaux dans l'échange des matières entre le fœtus et l'organisme maternel; mais elles se trouvent à ce point de vue justement dans des conditions tout à fait différentes dans la grossesse intra-utérine et dans la grossesse tubaire. Tandis que dans la grossesse normale elles ont toute facilité à puiser les matériaux nutritifs dans les couches compacte et glandulaire, riches en vaisseaux, elles sont obligées dans la grossesse tubaire d'avoir recours, vu l'absence des couches que nous venons de nommer, à la couche musculaire sous-jacente.

Il s'ensuit que la pénétration des villosités choriales dans la couche musculaire constitue pour la trompe gravide une nécessité physiologique.

L'infiltration de la paroi par des éléments d'origine fœtale et par des villosités choriales amène, en détruisant le tissu fondamental, son affaiblissement. La rupture des vaisseaux et les hémorrhagies consécutives contribuent au même résultat. Et cependant, dans les endroits où la couche de Nitabuch a réussi à se développer, la paroi est plus épaisse et se conserve bien mieux.

L'extension et l'amincissement de la paroi déterminés par l'absence de corrélation entre son accroissement et celui de l'œuf, qui se développe, contribuent de même dans une certaine mesure à son affaiblissement.

Telle est la cause des hémorrhagies nombreuses au sein de la paroi de la trompe et de l'œuf; cette cause, tout en entraînant souvent la mort de l'œuf, sauve néanmoins l'organisme maternel et présente le signe caractéristique de la grossesse tubaire.

Les rapports du chorion à la couche musculaire de la trompe gravide, que nous avons exposés plus haut, amènent en somme des résultats assez intéressants et bien graves.

Quand on a devant les yeux une série de coupes, démontrant la pénétration profonde des villosités choriales et de leurs produits, quelquefois jusqu'au péritoine, et quand on pense à la rupture, grâce à leur

présence, des vaisseaux et à la destruction progressive de la paroi, on est inévitablement amené à la conclusion, que ce phénomène ne joue certainement pas le dernier rôle dans la pathogénie des ruptures de la trompe gravide.

Et en effet, quand le tissu fondamental est détruit à un tel degré, qu'il a permis aux villosités choriales de pénétrer jusqu'à la séreuse, il n'y a même plus besoin de leur accroissement ultérieur pour amener la rupture de la trompe. Un effort minime ou une augmentation de la pression y suffisent pleinement. Quant à celle-ci, elle peut être déterminée soit par une nouvelle hémorrhagie, soit par un effort de la part de la malade pendant l'acte de la défécation, le soulèvement de fardeaux, une chute, etc.

Dans quelques cas on a constaté que les villosités choriales avaient passé à travers la séreuse de la trompe et faisaient saillie dans la cavité péritonéale à travers les orifices, y formés.

Pour ces raisons il nous est impossible de partager l'opinion des auteurs, qui nient l'influence destructive du chorion sur la paroi de la trompe.

Je me répète en disant que dans la plus grande majorité des cas je constatai la pénétration profonde des villosités choriales, même dans les cas d'avortement tubaire indubitable, quand on trouvait à l'opération l'œuf faisant saillie dans l'orifice abdominal de la trompe. Même dans ces cas-là je trouvais à des profondeurs variables et malgré l'épaisseur de la paroi musculaire, des groupes de villosités choriales. Ces villosités présentaient un fort développement de la couche ectodermique, pénétraient en suivant le tissu conjonctif entre les faisceaux musculaires et n'étaient séparées de la séreuse dans quelques endroits de la trompe que par une faible couche de tissu fondamental.

Il ne faut pas non plus perdre de vue les cas encore assez fréquents, en somme, où le manque de substance dans la paroi de la trompe se trouve bouché par un thrombus hémorrhagique.

Toutes ces raisons nous autorisent à admettre que la solution de continuité de la trompe a en réalité lieu bien plus souvent qu'on ne l'admettait jusqu'ici.

Mais les hémorrhagies faibles se produisant aux périodes les plus différentes de la grossesse dans la portion placentaire de la trompe à travers des petits orifices et cessant aussitôt grâce aux thrombus, sans donner lieu à des troubles inquiétants, passent la plupart du temps complètement inaperçues au point de vue clinique.

D'autre part, on ne parle en général de rupture de la trompe, que quand on trouve à l'opération un orifice plus ou moins considérable. Quant aux petits orifices, se fermant facilement, il est impossible de constater leur présence à l'œil nu.

J'avais observé des cas, où il y avait des indications cliniques des hémorrhagies intérieures multiples. A la cœliotomie, on trouvait des anciens caillots et du sang d'origine récente. Malgré tout, on trouvait l'orifice ampullaire de la trompe oblitéré, il était par conséquent impossible d'admettre que les hémorrhagies avaient eu lieu à travers cet orifice.

Il s'ensuit évidemment que la seule condition possible des hémorrhagies, dont il vient d'être question, est présentée par les solutions de continuité de la trompe.

L'examen microscopique de la paroi de la trompe a en effet confirmé la présence de fissures, bouchées par des caillots sanguins.

Les dimensions de la rupture sont loin de se trouver toujours en rapport avec l'intensité de l'hémorrhagie. On a vu des cas, dans lesquels des ruptures minimes [ayant à peine la grosseur d'une tête d'épingle] avaient entraîné à leur suite des hémorrhagies fatales.

Il va de soi que dans la grossesse poursuivant son cours la rupture de la trompe peut avoir lieu à tout instant. Mais il serait, d'autre part, faux de croire que l'interruption de la grossesse garantit sûrement des ruptures de ce genre, ce qui nous a été confirmé dans un grand nombre des cas étudiés par nous. Ce fait n'aura rien de surprenant pour nous, quand nous nous serons rappelés, que dans des conditions de nutrition favorables les villosités choriales continuent encore quelque temps à vivre même après la mort du fœtus.

Dans certains cas des hémorrhagies intérieures se produisirent à répétition pendant un mois et même au delà, malgré l'interruption non douteuse de la gravidité. A l'opération on trouvait l'orifice abdominal oblitéré et la paroi de la trompe exempte de toute rupture ; néanmoins il nous était possible de nous convaincre à l'examen microscopique que cette paroi était pénétrée par des villosités choriales et qu'il y avait dans sa continuité des fissures, obstruées par des caillots de formation récente.

Vous voyez que nos conclusions diffèrent des opinions adoptées actuellement dans la littérature, et selon lesquelles la rupture de la trompe gravide constitue un phénomène relativement rare.

Toute une série d'auteurs acceptent, en effet, que les hémorrhagies

sont le plus souvent déterminées par l'avortement tubaire et se produisent par l'orifice abdominal de la trompe (Orthmann, Muret, Schauta, Döderlein. etc.). Sur 56 cas d'avortement tubaire, Fehling, Mandl et Schmidt n'ont trouvé la rupture que 11 fois. Döderlein a trouvé la rupture 7 fois sur 23 avortements.

La cause des ruptures gît. selon l'avis des auteurs, dans les troubles locaux de la nutrition et la modification des parois sous l'influence de la pression, de l'extension et des hémorrhagies (Orthmann, Muret, Taylor).

Quant à l'endroit où la rupture de la trompe gravide a lieu le plus souvent, les auteurs sont loin d'être complètement d'accord sur ce point. Tandis que les uns (Langhans, Muret) le placent dans la région placentaire, les autres (Kreisch) le localisent dans l'endroit diamétralement opposé au placenta, point qu'ils croient, grâce à son amincissement, le plus prédisposé aux ruptures.

Dans plusieurs cas étudiés par nous, des ruptures, suffisamment grandes pour avoir même laissé passer le fœtus dans la cavité péritonéale, s'étaient produites suivant le bord du placenta et non dans son milieu, où la paroi de la trompe était cependant perforée dans beaucoup d'endroits par des villosités choriales.

Il paraît y avoir une contradiction entre les faits que nous venons de citer, mais cette contradiction n'est qu'apparente. Il est bien certain que la rupture peut aussi bien avoir lieu dans la région du placenta qu'en dehors d'elle. Mais la pathogénie de la rupture est bien loin d'être identique dans les deux cas. Dans la région placentaire la rupture a le plus souvent lieu à la suite de la destruction systématique de la paroi par les villosités et leurs produits. Quant aux autres régions de la trompe, il s'y produit de préférence, d'une façon mécanique, notamment à la suite de sa distension par l'œuf qui se développe, des troubles de la nutrition et d'une prédisposition ainsi déterminée à la rupture. La rupture se produit alors sous l'influence d'une cause quelconque, que ce soit une nouvelle hémorrhagie, une chute, un effort, le soulèvement d'un fardeau ou, enfin, encore de l'accroissement de l'œuf.

De tout ce que nous venons de dire il s'ensuit que la rupture a le plus souvent lieu dans la région placentaire ; mais rarement cette rupture acquiert des dimensions suffisamment considérables pour permettre à l'œuf de passer dans la cavité péritonéale, et ceci pour des raisons bien simples : premièrement, c'est l'épaisseur du placenta qui s'y oppose ; deuxièmement, les fissures formées dans cette région n'attei-

gnant pas de grandes dimensions, sont pour cette raison parfois facilement obstruées par des caillots sanguins.

Le danger des ruptures dans la région placentaire est déterminé principalement par la possibilité d'hémorrhagies abondantes, quelquefois même mortelles.

A la suite de toute une série d'observations nous sommes ainsi amenés à la conclusion, que le rapport de l'œuf aux parois dans lesquelles il est contenu est tout à fait différent dans la grossesse tubaire et la grossesse intra-utérine. Dès les premières semaines de la grossesse tubaire l'œuf affecte des rapports très intimes avec les parois adjacentes, en les pénétrant profondément de ses villosités et de leurs produits, tandis que dans la grossesse normale il n'est attaché aux parois maternelles, — et ceci presque jusqu'à l'époque de la formation du placenta, — que d'une manière fort lâche, — ce qui nous explique en même temps la facilité avec laquelle se fait l'avortement pendant les premiers mois de la gravidité intra-utérine.

Discussion.

— **P. Strassmann.** — La fréquence de la grossesse extra-utérine éveille l'idée qu'il s'agit d'un trouble d'une fonction physiologique. Comme chez les autres mammifères, la fécondation a lieu chez la femme à l'extrémité frangée des trompes ou dans les oviductes. Toute grossesse est au début extra-utérine. Le stade de l'œuf humain sans villosités se poursuit dans l'oviducte. La progression de l'œuf est empêchée par le rétrécissement du canal tubaire, la périmétrite, la présence de myômes, l'hypertrophie des ovaires.

Comme la périmétrite est souvent de nature gonorrhéique, on peut en beaucoup de cas envisager la grossesse extra-utérine comme une maladie secondaire, gonorrhéique. L'altération de la fonction des cils vibratiles de la trompe arrête ainsi le cheminement de l'œuf. L'œuf s'arrête-t-il, il peut ou périr, ou bien trouver un ilot de muqueuse à peu près saine où il peut pousser des villosités. Un trouble survenu dans la progression de l'œuf, quand la nutrition sur une muqueuse relativement saine est possible, donne lieu à une grossesse extra-utérine.

Des kystes hydatiques du ligament large.

— **André Boursier** (Bordeaux). — Les observations de kystes hydatiques des ligaments larges peuvent être considérées comme des

raretés pathologiques, car le nombre des cas connus est fort restreint; aussi leur histoire clinique est-elle encore très incomplète C'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de vous apporter deux cas nouveaux de cette affection rare. J'ai observé l'un d'eux dans mon service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, et le second appartient à la pratique hospitalière de mon collègue et ami Pousson, qui a bien voulu me confier le soin de le publier.

Les kystes hydatiques du ligament large ne constituent qu'une variété des kystes hydatiques du bassin qui sont aujourd'hui assez bien connus.

En effet, dans une étude d'ensemble restée classique, Charcot le premier, en 1852, a essayé de faire l'histoire des kystes hydatiques du bassin dans un mémoire basé sur 12 observations. Il a cherché à établir que ces tumeurs se développaient surtout dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans siège absolument précis, mais pouvaient exceptionnellement siéger dans les viscères. Chez l'homme on les observerait surtout entre le rectum et le col de la vessie ; chez la femme ils siégeraient de préférence entre le rectum d'une part, le vagin et l'utérus d'autre part. Ils sont tantôt simples, tantôt multiples. Ils produisent ordinairement des troubles de compression du côté de la vessie et du côté du rectum, et peuvent constituer un obstacle au travail de l'accouchement.

Le travail de Charcot suscita de nombreuses observations et déjà en 1860 Davaine, dans le chapitre de son *Traité des Entozoaires* qu'il consacra à ces kystes du bassin, pouvait en réunir 27 cas.

L'attention ayant été ainsi attirée sur cette question, les faits se multiplièrent rapidement, et parmi les travaux importants que nous désirons rappeler sans avoir la prétention de faire un historique complet nous citerons l'important mémoire de Freund (*Gyænkol. Klinik.* Strasbourg, 1885), et l'excellente thèse de Laville-Sainte Suzanne (*Etude sur les kystes hydatiques du petit bassin*, Bordeaux, 1893), qui a pu en réunir 86 observations.

Mais, à partir de ce moment, les auteurs ont cherché à dissocier un peu ces faits et à étudier séparément les kystes hydatiques des divers organes du bassin. C'est ainsi que Dermigny a étudié spécialement les *kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme* (Thèse de Paris, juin 1894) ; que Le Nadan a consacré son travail inaugural aux « *kystes hydatiques de l'ovaire* » (thèse de Bordeaux, 1896).

Déjà d'ailleurs Tuffier, en 1891, avait communiqué au Congrès français de Chirurgie un excellent mémoire sur l'*incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale*. Enfin en 1896, à Paris, M. J. Lemonnier consacra sa thèse spécialement au sujet qui nous occupe. Elle est intitulée : *Des kystes hydatiques des ligaments larges*.

Il résulte de l'étude de ces divers travaux, et en particulier de la thèse de Lemonnier, que les observations en sont très peu nombreuses. Il faut, en effet, éliminer un certain nombre de cas qui ont été parfois considérés comme des kystes du ligament large parce qu'ils siégeaient sur les côtés de l'utérus. Avec Lemonnier nous rejetterons les observations de Esquirol (1819, *Journal de médecine de Sédillot*), de Basset (*Soc. anatomique*, 1828), de Dubois et Boivin (*Revue médicale*, 1858), de Dumont (*Soc. d'anat. et physiologie, Bordeaux*, 1882) et de Schatz (obs. de la Clinique gynécologique de Leipsig, 1875). Il s'agit, dans ces cas, tantôt de kystes de l'ovaire, tantôt de kystes hydatiques pelviens latéraux qui ont été ponctionnés ou incisés et pour lesquels il est absolument impossible de pouvoir préciser le sujet et l'origine.

M Lemonnier n'a cru devoir admettre comme certaines que trois observations, une observation de Schatz, un fait de Pinard publié dans les *Annales de Gynécologie* (1888), et enfin un cas personnel opéré dans le service du professeur Tillaux par notre collègue Walther qui le suppléait, et qui fut communiqué à la *Société anatomique* par M. Veau, interne du service (23 octobre 1896).

Nous croyons devoir ajouter aux cas qui précèdent l'observation de Guinard (*Soc. anat.*, 1881), tout à fait semblable à celle du professeur Pinard et que M. Lemonnier a rejetée pour des raisons qui nous échappent ; un fait de Anna Clarke rapporté par Lawson Tait dans son *Traité des maladies des femmes* et, enfin, les deux observations inédites qui font l'objet de ce travail.

Malgré leur extrême petit nombre, puisque, en dépit de nos recherches, nous n'avons pu réunir que sept observations, les kystes hydatiques du ligament large peuvent être séparés en deux groupes, ainsi que l'a fait Dermigny pour les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas.

Dans le premier nous rangerons les cas de kystes multiples, où le kyste du ligament large coexiste avec d'autres kystes à échinocoques siégeant dans d'autres régions ou d'autres organes ; dans le second nous réunirons les kystes uniques absolument localisés dans le ligament large.

La première variété ne comprend que les observations de Pinard et de Guinard.

Dans l'observation du professeur Pinard il s'agissait d'une femme entrée à la Clinique d'accouchements le 21 mars 1888, qui était en travail depuis quelques jours et dont l'accouchement ne pouvait se faire à cause de la présence d'une tumeur rénitente et régulière occupant à peu près tout le bassin depuis le plancher pelvien jusqu'au-dessus du détroit supérieur. La malade portait, en outre, une tumeur de la fosse iliaque droite, une de la fosse iliaque gauche, et une du foie. La ponction de la tumeur pelvienne donna issue à du liquide clair et légèrement visqueux qui contenait des crochets d'échinocoques. Grâce à cette ponction l'accouchement put se terminer, mais la malade mourut. A l'autopsie on constata un énorme kyste hydatique du flanc gauche, un groupe de neuf kystes hydatiques partant du foie et descendant presque dans la fosse iliaque droite; enfin, un kyste pelvien qui paraît siéger dans le ligament large droit. C'est la tumeur qui avait été ponctionnée pour permettre l'accouchement.

L'observation de Guinard, présentée à la *Société anatomique* en 1881, est ainsi résumée dans la thèse de Lavigne-Sainte-Suzanne :

« G..., 25 ans, domestique. Entre dans le service de M. Verneuil pour une soi-disant coxalgie. Membre droit en abduction et rotation en dehors, comme fléchie sur le bassin. Douleurs dans le ventre; on constate une tumeur lisse, et M. Verneuil diagnostique un kyste hydatique du foie.

« *Chloroformisation.* — Ponction dans le ventre; issue d'un liquide clair, contenant des échinocoques. La malade semble guérie; mais on s'aperçoit, quelques jours plus tard, qu'il y avait communication entre la poche et l'intestin. Mort.

« Autopsie. — Foie énorme contenant quatre tumeurs dont l'une s'ouvrait dans l'intestin, à cinq centimètres du point où l'iléon s'abouche dans le cæcum. Un autre kyste dans l'épiploon gastro-splénique. Un dans le *ligament large*, trois autres dans le petit bassin. »

Nous enregistrons ces deux observations pour être complet; mais il est impossible, au milieu des phénomènes très complexes qu'elles présentent, de les utiliser beaucoup pour l'histoire clinique des kystes du ligament large.

Il n'en est pas de même des autres faits, qui sont tous des cas de kystes uniques du ligament large.

L'observation de Schatz (recueillie à la Clinique de Rostock et publiée dans les *Archives générales de médecine* en 1876), peut être ainsi résumée :

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui depuis sept mois éprouvait dans le ventre une douleur accompagnée de forts tiraillements dans le côté gauche ; sensation de pesanteur tantôt à droite, tantôt à gauche. Miction difficile, douloureuse. Pollakiurie.

On trouve au toucher, à droite de l'utérus, en rétro-position, une tumeur qui en est séparée par un sillon peu profond. Cette tumeur, du volume de deux pommes, est séparée en deux lobes distincts, l'un antérieur, l'autre postérieur, par un sillon. Schatz, en souvenir d'un cas analogue vu à Leipzig, diagnostiqua un kyste hydatique.

La tumeur, ponctionnée pendant un accès de fièvre, donna issue à du liquide séro-purulent. La malade mourut. A l'autopsie, pleurésie double et péritonite suppurée. Dans le ligament large droit, au-dessus du péritoine et à droite de l'utérus existait une cavité où se trouvait, au milieu d'exsudats gélatiniformes, un kyste d'échinocoques très net.

L'observation de Walther est encore plus complète. C'est une femme de 24 ans, qui entre à la Charité en août 1896 pour des douleurs abdominales.

Ses premiers antécédents n'ont rien d'important. A 16 ans, après une chute, elle eut une urticaire généralisée pendant plusieurs mois ; à 18 ans, fausse couche de deux mois et demi environ, à la suite d'un coup de pied ; à 24 ans, chute sur le ventre, violente et très douloureuse, suivie encore d'une urticaire généralisée très intense, qui dura quinze jours.

Depuis crises de douleurs abdominales sans cause, en dehors des règles, durant de deux à six jours, s'irradiant à l'ombilic, à la face interne des cuisses, à la région lombaire. Ces crises deviennent de plus en plus douloureuses, se terminent par des pertes blanches visqueuses.

A l'examen la palpation réveille à droite de la douleur ; au toucher on trouve une tumeur du volume d'une grosse mandarine, régulière, arrondie, fluctuante, mobile, et sensible pendant le mouvement. L'utérus est indépendant. — Walther décide l'extirpation par la voie abdominale. La tumeur apparait alors incluse dans le ligament large droit, refoulant un peu à gauche l'utérus. La tumeur ponctionnée donne 300 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche. L'énucléation en est très facile ; la cavité séreuse est suturée.

La malade guérit en quelque jours sans incidents. La poche blan-

châtre mate, examinée au microscope, présentait la structure amorphe des kystes hydatiques.

Le cas rapporté par Lawson Tait (1) et qui avait été opéré le 19 mars 1887 par Anna Clark — est aussi très intéressant.

La malade était une jeune femme de 30 ans, mariée, chez laquelle on avait porté le diagnostic probable de kyste du ligament large.

Après incision de la capsule il s'écoula plusieurs litres d'hydatides, de vulgaires échinocoques. La tumeur était exactement limitée au ligament large gauche, repoussait l'utérus à droite et occupait toute la cavité pelvienne et une bonne partie de l'abdomen. Les bords de la poche furent suturés à la paroi abdominale et un drain de verre laissé à demeure. Pendant plusieurs jours les hydatides continuèrent à être évacuées par le drain, qui put être retiré le 10e jour. La malade rentra chez elle complètement guérie le 4 avril.

A ces quelques faits nous joignons les deux observations inédites suivantes.

Obs. I. — B..., 47 ans, 6 grossesses. Un peu de métrite après la 4e. Après la ménopause douleurs continuelles. Examen : tumeur abdominale gauche plongeant dans le bassin, arrondie, régulière, surface lisse, élastique et rénitente, paraissant du volume de la tête du fœtus à terme. Opération. Tumeur lisse dans le ligament large gauche. Aucune adhérence. La décortication amène la rupture de la poche et l'écoulement de liquide clair, contenant une membrane hydatique. Aucune autre production hydatiforme dans l'abdomen. Pas de crochets dans le liquide.

Obs. II. — T..., 33 ans. 6 accouchements Plusieurs crises de rétention urinaire, la dernière en août 1899. — La palpation abdominale révèle une tumeur comme dans le cas précédent. Opération : tumeur pédiculée sur le ligament large, nettement hydatique.

Il est à peu près impossible de faire d'une manière suffisante, avec un aussi petit nombre d'observations, l'histoire clinique de kystes hydatiques du ligament large. Cependant en analysant avec soin les quelques faits que nous avons pu réunir, on voit que cette affection se traduit par des signes fonctionnels et des signes physiques qui rappellent à la fois les kystes hydatiques du bassin et les kystes simples inclus dans le ligament large.

Les troubles fonctionnels consistent en *douleurs* et en *phénomènes de compression*.

Les *douleurs* signalées dans les cas de Schatz, de Pinard, de Walther, de Boursier, sont de formes variables. Elles peuvent consister en sim-

(1) Lawson Tait. *Traité des maladies des femmes*, 1891, p. 355.

ples sensations de pesanteur et de tiraillements, partant de la région pelvienne. Mais le plus souvent, il y a de véritables douleurs abdominales d'une intensité variable, pouvant s'irradier dans les flancs, dans les lombes, dans l'ombilic ou dans les cuisses. Ces douleurs peuvent se montrer par crises parfois très intenses pouvant durer de deux à six jours et se terminant par des pertes blanches très visqueuses (Walther), d'autres fois les crises de douleurs se rapprochent, deviennent continues et arrivent à troubler le sommeil (cas personnel).

Il n'est pas étonnant d'observer avec les kystes hydatiques du ligament large des troubles de compression, puisque nous savons que ces symptômes ont été très souvent signalés dans tous les kystes du ligament large et plus souvent peut-être encore dans les kystes hydatiques du bassin. Cependant, dans toutes nos observations, nous ne trouvons que des troubles de compression des organes urinaires; c'est ainsi que dans le cas de Schatz, on signale de la pollakiurie avec des mictions douloureuses et difficiles; de la rétention d'urine et de la dysurie chez la malade de Pinard. Ces troubles urinaires constituent le seul symptôme fonctionnel de la malade de Pousson. Elle eut, en effet, à plusieurs reprises, des crises de rétention d'urine non douloureuse, durant plusieurs jours et se terminant spontanément, et enfin une dernière crise de rétention complète nécessitant l'emploi habituel de la sonde qui l'amène à l'hôpital, sans qu'elle ait découvert l'existence de sa tumeur. Dans le cas qui m'est personnel, j'ai noté un peu d'incontinence d'urine dans l'effort et dans la station debout, mais comme ma malade avait en même temps un début de prolapsus, il est difficile de savoir si les troubles urinaires appartiennent au kyste ou au prolapsus.

Enfin nous rappellerons pour mémoire, les crises d'urticaire qui n'ont été observées que chez la malade de Walther, et auxquelles Lemonnier a peut-être accordé une valeur séméiologique trop considérable.

Les caractères physiques des kystes hydatiques du ligament large sont à peu près ceux de tous les kystes inclus dans ces ligaments. On observe, le plus souvent, une tumeur à surface lisse, arrondie ou ovoïde, siégeant dans un des côtés du bassin, mobile, mais d'une mobilité variable, et d'habitude assez nettement séparée de l'utérus auquel elle ne transmet pas ses mouvements, et qu'elle refoule en général, en arrière et du côté opposé. Cette tumeur siège tantôt à droite, tantôt à gauche. Sa consistance est très inégale, le plus souvent rénitente, elle peut aussi être franchement fluctuante, et parfois aussi

tellement tendue qu'elle devient résistante et dure au point d'être prise pour une tumeur solide (Pousson). Son volume est lui aussi très variable et peut aller depuis les dimensions d'une mandarine (Walther) jusqu'à celles d'un volumineux kyste abdomino-pelvien (Anna Clark). La tumeur est ordinairement plus ou moins complètement incluse dans le ligament large ; une seule fois, dans le cas de Pousson, elle était pédiculée. Enfin elle peut être quelquefois sensible au toucher, mais dans aucun cas, ainsi que cela arrive dans les kystes hydatiques du bassin, on n'a constaté de frémissement hydatique.

Aussi dans la plupart des cas, le diagnostic exact n'a pu être porté, et la nature hydatique du kyste n'est ordinairement découverte qu'au cours de l'opération. Cependant Schatz dans l'observation qui lui appartient avait diagnostiqué un kyste hydatique, uniquement parce qu'il avait vu un cas analogue à la clinique de Leipzig.

Le plus souvent le diagnostic porté est celui de kyste du ligament arge (Walther, Anna Clark, Pousson). Dans le cas de Pousson la consistance dure de la tumeur, de la continuité avec l'utérus firent penser à un fibrome utérin.

Le traitement de choix de ces kystes est l'extirpation par la voie abdominale. C'est le traitement qui a été appliqué avec succès, par Walther, par Pousson et par moi. Dans les trois cas, la décortication du kyste a été des plus faciles, à l'encontre de ce qui se passe d'ordinaire dans les kystes hydatiques du bassin, puisque Tuffier n'a pas hésité à conseiller pour les kystes hydatiques rétro-vésicaux, l'incision du kyste par la voie abdominale avec marsupialisation et drainage de la poche. Cette conduite devrait être appliquée si l'énucléation paraissait trop difficile. Elle a d'ailleurs été mise en pratique avec succès par Anna Clarke, qui après avoir suturé la poche à la paroi abdominale et mis en place un tube de verre, qui fut laissé dans la plaie pendant dix jours, vit guérir sa malade sans incidents. Il y a lieu au contraire de répéter la ponction simple ou avec injections antiseptiques qui a été suivie de mort dans le cas de Schatz, et dans le fait de Pinard ; mais dans ce dernier cas la coexistence du travail obstétrical empêche de juger sainement l'intervention chirurgicale.

L'importance gynécologique des capsules surrénales.

— **Winckel** (Munich). — Bien que l'importance des capsules surrénales n'ait pas encore été établie d'une façon certaine, on reconnaît

chaque jour de plus en plus que leurs anomalies et leurs maladies doivent être prises en considération plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, quand on se livre à un diagnostic différentiel.

Bien que la capsule surrénale chez les fœtus, les nourrissons et dans la première enfance, ne possède ni ganglions nerveux nombreux, ni pigment, il semble toutefois qu'elle joue dans la vie fœtale un rôle important.

Nous trouvons en effet, à côté de toutes les déformations et maladies du fœtus, en particulier de celles des organes nerveux centraux, et des organes de l'abdomen, presque constamment des anomalies dans la formation, la position ou la nutrition des capsules surrénales.

Pendant que chez les animaux, dont l'organisme est le plus perfectionné, l'ablation des deux capsules surrénales a pour conséquence la mort dans un court délai, le fœtus humain peut se développer presque jusqu'à sa maturité, même quand les deux capsules surrénales manquent.

Quand une capsule surrénale fait défaut il peut se produire, déjà dans la vie intra-utérine, une hypertrophie compensatrice, comme le fait a été démontré expérimentalement pour les animaux, et par la section pour l'homme (atrophie de l'une des capsules). (Simmonds.)

Il y a, en outre, une fusion intra-utérine des deux capsules qui n'en forment plus qu'une, en forme de fer à cheval (Orth, Winckel, Seitz). La capsule surrénale est reliée avec celle du rein, mais le plus souvent d'une façon lâche.

La position intra-utérine des capsules surrénales, respective des deux organes, est variable chez les fœtus ; le rein peut être en bas, pendant que la capsule surrénale conserve sa place ordinaire ; la capsule sur la face antérieure du rein, jusqu'à sa partie inférieure, a déjà été démontrée (Winckel, Otto, Seitz).

Chez les enfants étouffés au moment de leur naissance on trouve très souvent des hémorrhagies de la grosseur d'une noix, circonscrites dans le tissu des capsules surrénales. Souvent aussi, comme chez les adultes, on constate des hématomes de volume considérable de tout l'organe (Merkel, Rayer, Chiari) ; il arrive même que ces hématomes soient accompagnés de saignements, tout autour du rein.

L'atrophie des deux capsules surrénales ne se produit pas seulement quand le cerveau est défectueux, ou encore en cas de scission de la colonne vertébrale, mais aussi dans les cas de lues congenita.

En cas de formation incomplète du cerveau ou de la moelle épinière

on ne trouve pas toujours une anomalie constante des capsules surrénales, mais tantôt l'absence complète de l'une, ou de toutes les deux, tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie des deux capsules.

Des néoplasmes des capsules surrénales pendant la période fœtale se présentent rarement ; on n'est plus en droit d'affirmer qu'il en soit de même dans l'enfance, dans la période de la puberté et dans un âge plus avancé, attendu que le nombre des cas observés dans un temps très court, s'est élevé considérablement.

Parmi ces formations nouvelles appelées « hypernéphromes », on en distingue de bénignes et de malignes ; au nombre des premières, on a déjà observé : des kystes, des adénomes, des lipomes, des fibromes, des gliômes, des neuromes et des strumen. Parmi les secondes, on a déjà décrit les sarcomes, angio et myxosarcomes en particulier, etc., ensuite les carcinomes, même mélanotiques et les adénomes malins.

Déjà dans le premier âge on rencontre spécialement des cas de sarcomes chez les jeunes filles (Eberth, petite fille de 17 mois; Manckiewicz, petite fille de 2 ans; Ogle, petite fille de 3 ans; Brückanow, petite fille de 14 mois, avec carcinome primaire de la capsule surrénale; Greenhow, jeune fille de 12 ans, Fraenkel, jeune fille de 18 ans, avec angiosarcome des deux capsules surrénales).

Sur 11 opérés, pour lesquels le sexe était indiqué, Robson trouva 3 hommes et 8 femmes, et dix avec sarcomes.

Sur 36 tumeurs malignes des capsules surrénales, Roger Williams en trouva plus d'un tiers dans l'enfance et la jeunesse, quelques-unes même héréditaires.

Au contraire, les strumen, qui atteignent les dimensions de la tête d'un enfant, semblent, d'après Brüchanow, ne se présenter habituellement qu'à partir de la quarantaine, et être spécialement une maladie d'un âge plus avancé (3 cas dans la quarantaine, 4 dans la cinquantaine, 5 dans la soixantaine, 8 dans la septantaine, 3 de 80 à 90 ans, 1 de 90 à 100 ans, 1 de 100 à 110, femme de 105 ans).

Ils se présentent aussi souvent à droite qu'à gauche. Chez les femmes, les cas sont peut-être un peu plus fréquents que chez les hommes (15 femmes pour 12 hommes).

Au nombre des symptômes des tumeurs des capsules surrénales en général que Kamsay découvrit (37 sur 67 tumeurs), il faut signaler, outre la faiblesse, l'amaigrissement, le malaise, les vomissements, la perte de l'appétit, la constipation, la diarrhée, les douleurs dans le os, dans la région des reins et dans l'épigastre, 3 cas seulement de

coloration bronzée, 9 cas de décoloration de la peau, 2 cas de très grand développement des poils sur tout le corps chez les adultes, et 2 cas chez les enfants.

Dans 13 cas sur 67, et aussi dans notre cas particulier, la tumeur ne produisit aucun symptôme.

L'absence de changement marquant dans l'urine est une règle.

Une extrême mobilité est dans certains cas, comme aussi dans le nôtre, un symptôme remarquable qui s'explique par la séparation des deux organes, déjà démontrée chez le fœtus.

Des confusions des tumeurs des capsules surrénales ont eu lieu :

Avec des tumeurs de l'ovaire ;

Avec des tumeurs des reins ;

Avec des échinocoques du foie ;

Avec des tumeurs de la vésicule biliaire ;

Avec des kystes du pancréas.

L'ablation au moyen d'une opération donne la seule possibilité de guérir les malades. Sur 18 affligés de strumen qui ont été opérés, il en est :

mort 5 = (27,7 p. 100).

ont récidivé 4 = (22,2 p. 100).

L'opération peut être facilement exécutée par la ligne médiane du corps, comme chaque ovariotomie. Des changements dans l'état général du malade ne se produisent pas, après l'ablation heureuse de la tumeur ; l'opération reste sans influence sur la conception et la grossesse qui ont lieu, après comme avant, sans le moindre trouble.

Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale.

— **Vitrac** (Junior) (de Bordeaux). — Dans de nombreuses expériences, j'ai cherché à fixer le rôle joué par les diverses positions du corps dans l'écoulement des urines à travers l'orifice de la vessie fistuleuse.

Dans les cas les plus fréquents (fistule de la zone vaginale de la vessie), le décubitus dorsal a pour conséquence l'issue totale, ou presque totale de l'urine ; le décubitus latéral permet déjà une continence plus marquée ; le décubitus ventral est la position la plus favorable. Grâce au D.V. en effet, une malade atteinte de fistule de Ve, Va., se trouve dans des conditions semblables à celles d'une malade

opérée de taille hypogastrique et maintenue couchée sur le dos; or, on le sait, la plaie sus-pubienne guérit alors avec une surprenante facilité.

Théoriquement, il est illogique d'employer le décubitus dorsal, le décubitus ventral est au contraire indiqué dans tous les cas de : *a*) fistule v. v. petite, récente, et qu'on veut guérir sans opération ; *b*) fistule v. v. qui vient d'être opérée.

Pratiquement, le D. ventral a donné un beau cas de guérison sans opération. Je ne l'ai employé ou vu employer après opération que dans des cas très défavorables qui ont cependant donné des résultats encourageants. Il serait nécessaire avant l'opération d'habituer peu à peu les malades à garder cette position.

Le D. latéral est théoriquement moins utile ; pratiquement il est d'un emploi plus simple que le D.V. A coup sûr il doit être préféré au D.D.

La suspension de la paroi vaginale de la vessie à la paroi rectale du vagin, peut être utilement ajoutée au D.V. comme moyen de soustraire la fistule, ouverte ou suturée, au contact et à la pression des urines.

Sur une nouvelle position gynécologique.

— **F. Jayle** (Paris). — La position dorso-sacrée déclive, connue sous le nom de position de Trendelenburg, parceque ce chirurgien en a bien montré les avantages, a été sans doute utilisée depuis longtemps. Scultet, par exemple, l'a recommandée et figurée avant 1645. Dans l'examen gynécologique, la déclivité a été utilisée sous chloroforme par Freund, et, à l'état de veille, elle a été recommandée par Mendes de Léon, par Stroynowski, par Beuttner et par moi. Ce n'est pas sur la position déclive simple que j'attire aujourd'hui l'attention : c'est sur une de ses dérivées. La position que je recommande a peut-être été déjà utilisée ; cependant je n'ai pas trouvé de figuration s'y rapportant, et elle n'était pas, en tout cas, utilisée à Paris en 1897, lorsque je commençais à y avoir recours.

Cette position consiste dans la combinaison de la position ordinaire du spéculum ou de la taille, et de la position dorso-sacrée déclive. Pour obtenir cette position, il suffit d'avoir une table à bascule munie d'un système d'épaulières qui permet de maintenir la malade en déclive sans attacher les membres inférieurs qui restent libres.

On peut recourir à cette position, soit pour l'examen, soit pour les opérations. La déclivité a l'avantage de rejeter le paquet intestinal sur le diaphragme ; de déterminer dans le vagin, devenu presque vertical, un appel d'air qui le dilate ; enfin de tendre la paroi vaginale antérieure. Il en résulte : 1° que l'exploration des annexes et surtout de l'utérus est grandement facilitée ; 2° que l'introduction du spéculum est extrêmement facile ; 3° que l'exploration des parois vaginales est aisée : il suffit de déprimer le périnée soit avec le doigt, soit avec une valve, pour bien voir la paroi antérieure toujours, le col souvent. En s'aidant du doigt ou d'une tige quelconque qui relève la paroi antérieure, on arrive facilement à voir le col et le cul-de-sac postérieur, dans les cas où d'emblée on ne les a pas vus.

Au point de vue opératoire, on utilise exclusivement la position déclive combinée à la position de la taille. Il faut mettre la malade seulement en demi-déclivité. La plupart des interventions vaginales deviennent ainsi plus faciles, à mon avis. On opère debout, et l'accès du vagin est aisé. La paroi antérieure se tend et avec une valve à poids on déprime le périnée. Il n'est ainsi besoin d'aucun aide pour tenir les valves.

J'ai pratiqué dans cette position toutes les opérations vaginales et j'y trouve de grands avantages ; mais j'attire plus particulièrement l'attention sur l'utilité qu'elle présente dans la cure des fistules vésico-vaginales.

De la malignité de la môle hydatiforme.

— **F. La Torre** (Rome). — Je désire vous dire quelques mots sur la malignité de la môle hydatiforme. On discutait tout dernièrement dans une Société savante un cas de môle. L'A., après avoir exposé le cas et dit qu'il avait extrait la masse môlaire à l'aide des doigts, et après avoir rappelé le caractère malin de la dégénérescence hydatique, posa à peu près la question suivante : Comment doit-on se comporter en présence d'une môle ? Doit-on se borner à extirper la masse charnue ou enlever d'emblée l'utérus ?

La question ainsi posée, permettez-moi de vous dire, Messieurs, est une des plus importantes et des plus graves. Il me semble nécessaire, par conséquent, de voir ce qu'il en est en réalité du pronostic de la môle pour pouvoir fixer une ligne de conduite rationnelle et un trai-

tement qui convienne. Car je crois que nous irions faire fausse route si certaines idées avaient le dessus.

Je ne puis pas nier naturellement à la môle hydatiforme la malignité attribuée dans ces dernières années par de nombreuses recherches anatomo-pathologiques. Mais il me semble que l'on va trop loin en proposant l'extirpation de l'utérus dès le premier abord dans chaque cas de môle hydatiforme. Voilà ce que je veux combattre.

On a rapproché la môle hydatiforme du déciduome malin. Qu'il existe une grande affinité entre ces deux maladies, cela est évident au point de vue étiologique comme au point de vue anatomo-pathologique.

Étiologie. — Les études remarquables de Sænger, Gottschalk, Pestalozza, Cazin, Bellin, Ouvry, Marchand, Neumann, Durante, von Franqué, etc., etc., ont démontré que plusieurs cas de déciduome malin se sont développés dans des utérus qui avaient porté une môle hydatiforme. On a pensé, comme les faits l'ont d'ailleurs démontré, que des débris de môle restés dans l'utérus étaient le point de départ de la néoplasie maligne.

Voici. à ce propos, des données statistiques :

Pestalozza	sur	38	déciduomes	a trouvé	20	fois	la môle
Cazin	»	17	»	»	9	»	»
Ouvry	»	18	»	»	18	»	»
Total	»	73	»	»	47	»	»

Nous savons donc que sur 73 femmes atteintes de déciduome malin, 47 avaient eu une grossesse môlaire ; ce qui nous donne : 64 p. 100 des cas.

J'ajoute que Bellin et Durante ont trouvé la préexistence de la môle dans le tiers des cas de déciduome.

Il s'agit donc, ainsi que vous le voyez, d'une énorme quantité de môles hydatiformes se terminant par un déciduome malin. « En un mot, dit Schwab, les observations cliniques qui montrent la fréquence du déciduome malin à la suite de l'expulsion de la môle ; les recherches de Marchand, Pestalozza, Neumann, Ouvry, dans lesquelles on voit une infiltration maligne du muscle utérin, même parfois avec métastases, coexister déjà avec la grossesse môlaire elle-même : tout prouve qu'il existe manifestement une parenté intime entre la môle hydatiforme et le déciduome malin. »

Anatomie pathologique. — On appelle déciduome malin une

tumeur maligne, histologiquement et cliniquement, à marche envahissante, à métastases, récidivant après son ablation et se développant dans l'utérus à la suite d'un accouchement, d'un avortement ou de l'expulsion d'une môle hydatiforme.

Le déciduome est constitué essentiellement par deux sortes de cellules proliféréees : *a*) de cellules claires à protoplasma pauvre en granulations graisseuses, riche en glycogène, à noyau unique, se divisant par karyokinèse, qui proviennent de la couche de Langhans ; *b*) et de masses plasmodiales à protoplasma fortement granuleux, à noyaux nombreux se multipliant par division directe qui dérivent du syncytium. Or, si nous faisons une comparaison entre la môle hydatiforme et le déciduome malin, nous y notons une structure presque identique. En effet, la môle hydatiforme est caractérisée par une dégénérescence kystique des villosités choriales, dont les deux couches de revêtement — cellules de la couche de Langhans et les masses syncytiales — peuvent proliférer et former une tumeur épithéliale qui se comporte comme une tumeur maligne. La môle hydatiforme, à part les villosités choriales, est constituée, ainsi que le déciduome malin, de cellules proliférées et envahissantes, de la couche de Langhans et des masses syncytiales. Dans les deux cas, la malignité est due à la prolifération épithéliale.

La conclusion est que si, après l'expulsion d'une môle, il reste dans le muscle utérin de ces éléments cellulaires qui possèdent une telle propriété de prolifération, ils peuvent continuer à s'accroître et produire par leur dégénérescence une tumeur maligne — un déciduome. Or, ce qui reste à savoir, c'est de voir si ces éléments cellulaires possèdent, dans tous les cas, et au même degré, la propriété de proliférer.

Pronostic de la môle hydatiforme. — Schwab écrit : « Toute malade donc, ayant expulsé une môle hydatiforme, doit être surveillée avec soin. » Ce jugement me semble rationnel, d'autant plus qu'on est obligé d'admettre qu'il y a une espèce de môle maligne et une espèce bénigne. Mais le même Schwab, résumant toutes les opinions émises sur ce sujet, a dit : « Le pronostic de la môle hydatiforme a, de tout temps, été considéré comme sérieux ; et, si, dans la majorité des cas, la vie de la femme n'est pas en danger, au moins d'une façon immédiate, par suite de l'existence d'une môle, il n'en est pas moins vrai que parfois la mort peut survenir avant, pendant ou après l'expulsion de la môle. »

La mort peut être causée par l'hémorrhagie ou par l'usure de la paroi

utérine et la mise à nu des sinus au moment de l'expulsion ou de l'extraction de la môle.

D'après une statistique ancienne de Heitzmann, la mortalité, d'une manière générale, en cas de grossesse môlaire, était de 13 p. 100.

Mais la mortalité aujourd'hui n'est pas seulement celle immédiate, mais celle éloignée, la môle pouvant devenir un déciduome malin, affection excessivement grave. Cependant nous avons une môle bénigne et une môle maligne. La môle bénigne est celle qui peut vivre, disent les auteurs, un certain temps dans l'organisme maternel en parasite et en être chassée sans laisser les éléments épithéliaux qui font partie intégrante de sa malignité, ou quand on n'observe pas, au niveau du revêtement épithélial, des villosités de prolifération atypique du syncytium et que le stroma de la villosité n'est pas envahi par des bourgeons syncytiaux. Dans les conditions opposées la môle est maligne. Or, ce qu'il faudrait connaître ce serait la raison pour laquelle dans certains cas les couches de revêtement des villosités de la môle prolifèrent et dans certains autres ne prolifèrent pas. Doit-on attribuer cette propriété à la nature de l'irritation qui altère les éléments épithéliaux ?

En attendant et sans rien ôter de l'importance que les recherches modernes attribuent à la gravité de la môle hydatiforme, je crois que le nombre des môles bénignes n'est pas tellement petit qu'il nous fasse accepter d'emblée un pronostic si grave qu'il n'y aurait plus qu'à procéder à l'extirpation de l'utérus dès la première rencontre avec une môle. Que toute malade ayant expulsé une môle hydatiforme soit surveillée avec soin, cela est juste, prudent, rationnel ; mais lui enlever toujours l'utérus sans que ces faits existent, non. C'est sur ce point que je veux attirer votre attention.

Je suis porté à cette conclusion par mon expérience personnelle et par celle d'autres accoucheurs. J'ai rencontré dans ma pratique 3 cas de môle hydatiforme : le premier date de huit ans environ ; les autres de deux : je les ai eus l'année après. Eh bien! voulant dans ces derniers temps contrôler les nouvelles études sur la môle et le déciduome, j'ai voulu revoir mes malades qui vivent à Rome. Je les ai trouvées toutes les trois vivantes et bien portantes. Une, après l'expulsion spontanée de la môle et sans avoir subi aucun raclage de la cavité utérine, eut deux autres grossesses se terminant à terme physiologique par un accouchement normal ; les enfants vivent encore aujourd'hui. Une autre eut, presque immédiatement après la grossesse môlaire, une autre grossesse

normale ; un enfant vivant. La troisième eut quatre grossesses dont trois se terminèrent physiologiquement et une par un avortement à la suite d'une chute.

Voilà donc trois môles hydatiformes d'une bénignité parfaite qui est hors de doute. J'ai questionné à ce propos plusieurs confrères, directeurs de Cliniques, directeurs de Maternités, etc., et tous m'ont répondu avoir vu plusieurs cas de môle hydatiforme et qu'ils n'ont pas trouvé la mortalité que l'on veut attribuer à la môle, ayant pu revoir pendant de longues années presque toutes les femmes qui avaient eu des grossesses môlaires. J'ai déjà commencé une enquête sur ce point, que je publierai bientôt ; mais, en attendant, je crois que ce serait trop hardi de dire que toutes les môles doivent se terminer en déciduome et qu'on doit, par conséquent, ôter tous les utérus. J'apprécie bien, et à leur juste valeur, les études modernes sur la malignité de la môle hydatiforme ; mais je crois qu'il est prudent, avant d'extirper un utérus après l'expulsion d'une môle, que les symptômes caractéristiques du déciduome malin se soient manifestés. Le pronostic de la môle hydatiforme est sûrement grave, mais non au point d'extirper toujours l'utérus sans indication précise et bien claire.

Traitement des fibromes utérins par la décharge d'un condensateur de courant continu.

— **A. Moutier** (Paris). — Cette méthode, autrefois établie et préconisée par J. Chéron, nous donne de si bons résultats depuis de longues années que nous croyons devoir les relater ici et rappeler aussi la méthode.

Instrumentation. — Une source d'électricité : piles ou accumulateurs ayant une force électromotrice de 70 à 80 volts, un collecteur ou un réducteur de potentiel permettant de débiter la quantité nécessaire, un condensateur de courant continu et un métronome permettant de charger le condensateur puis de le décharger sur la malade.

Comme électrodes une plaque en amadou ou autre et une électrode en charbon placée dans le vagin.

Application. — Les électrodes en place, on débite la quantité d'électricité nécessaire pour amener des contractions de la paroi abdominale et des plans sous-jacents sans provoquer des douleurs trop vives, et dans les premières séances on devra agir avec circonspection, car on pourrait déterminer des réactions fébriles avec toutes leurs consé-

quences, dans le cas où il existerait une collection purulente, tout comme Apostoli l'avait déjà signalé dans sa méthode. En prenant ces précautions et seulement dans ce cas particulier, les malades supportent très bien le choc et sans douleur appréciable.

Les applications ont lieu deux ou trois fois par semaine et ont une durée chacune de 10 à 20 minutes.

Résultats. — Comme avec la méthode électrolytique on amène rarement la disparition de la tumeur, quelquefois on la fait diminuer ; mais presque toujours on l'empêche de s'accroître.

Les accidents symptomatiques : hémorrhagies et douleurs, cèdent rapidement et en même temps on voit l'état général de la malade s'améliorer. On doit reconnaître que les résultats paraissent être moins rapidement obtenus que par la méthode des hautes intensités, mais cette méthode présente, suivant nous, de tels avantages sur l'autre que nous n'hésitons pas à la lui préférer. La durée du traitement est en général de 2 à 3 ou 4 mois, puis on devra recommencer une série de 2 ou 3 applications de temps à autre et surtout si les règles avançaient, se prolongeaient ou devenaient trop abondantes, ou encore s'il survenait de nouvelles douleurs.

Avantages de la méthode. — Pour nous limiter et ne pas passer en revue toute la thérapeutique des fibromes, nous admettrons avec la plupart des électrothérapeutes que la méthode électrique est la meilleure, la plus efficace dans le traitement de cette affection.

Or cette méthode que nous rappelons ici présente des avantages réels sur les autres ; sans parler de la faradisation préconisée dans certains cas, mais qui est difficile à manier et a dû être abandonnée, les autres méthodes électriques, celles employées couramment sont basées sur l'électrolyse intra-utérine, soit qu'il s'agisse de faibles intensités comme dans la méthode de M. le Docteur Boisseau du Rocher qui ne dépasse pas 8 à 10 milliampères avec une électrode en argent, soit qu'il s'agisse d'intensités plus hautes allant de 50 à 200 milliampères, suivant la méthode d'Apostoli.

Ces avantages sont de ne pas pénétrer dans la cavité utérine, et cela n'est pas un intérêt médiocre, car si nous n'hésitons pas à faire, avec toutes les précautions usitées, l'examen intra-utérin *quand il est nécessaire*, et à pratiquer le curettage de la cavité utérine, nous pensons qu'il peut-être mauvais, sinon dangereux et pour des raisons multiples, de faire des interventions intra-utérines *répétées*, quand on peut s'en dispenser et sans qu'il soit besoin de plus insister.

Cet avantage seul nous suffirait pour préférer ce mode d'électrisation, mais quand on le compare avec la méthode des hautes intensités, les avantages sont plus grands encore :

Absence de douleurs,

» de réaction post-opératoire.

Inutilité du repos après les séances.

Possibilité de reprendre de suite et sans danger la vie habituelle.

Enfin absence de plaie intra-utérine dont on ne connaît ni l'étendue ni la profondeur.

Nous voulons bien admettre que dans des mains très expérimentées, il ne se produira pas d'accidents, mais avec des mains moins expertes, il s'en produit ou peut s'en produire, et tout cela sans avantages pour la malade.

Tandis qu'avec la méthode que nous venons d'exposer chaque médecin peut l'appliquer sans avoir besoin d'études préliminaires, et on peut même après quelques séances laisser les malades faire l'application elles-mêmes sans danger.

Nouveau mode de pansements vaginaux et péri-utérins au moyen des péricols.

— **Legros** (Paris). — Les *péricols* sont des discoïdes, à base de glycérine solidifiée par la gélatine, qui, grâce à leur légère courbure, s'introduisent avec la plus grande facilité dans le vagin et s'adaptent mécaniquement autour de l'isthme du col de l'utérus.

Ces *péricols* contiennent, suivant l'indication du médecin, des substances médicamenteuses variées dont les plus habituellement employées sont : l'ichtyol, l'iodure de potassium, l'extrait de belladone, etc. Avec les tampons de ouate, imbibée de glycérine, le spéculum est indispensable pour faire un pansement bien conditionné. Possible dans un service hospitalier, ce tamponnement n'est nullement pratique dans la clientèle de ville, tandis qu'au moyen des *péricols* les malades peuvent se panser elles-mêmes. Les *péricols* ont sur les ovules, actuellement en vogue, le grand avantage de s'appliquer exactement dans la zone enflammée où serpentent les plexus sanguins et lymphatiques et où se rencontrent les adénites. C'est, en effet, au niveau de l'isthme, dans les culs-de-sac latéraux, et dans les plis de Douglas, que se manifestent les signes de l'adéno-lymphite, compagne inséparable de toute métrite. Au demeurant, avec les ovules, le pansement vaginal est seul

possible, tandis qu'avec les *péricols*, le pansement péri-utérin est réalisé. D'où la supériorité de ces topiques dans le traitement des métrites, salpingites, où l'on a besoin que la substance médicamenteuse soit sûrement et rapidement absorbée.

De l'électrolyse dans le traitement des fibromes de l'utérus.

— **F. La Torre** (Rome). — Le traitement conservateur des fibromyômes de l'utérus est représenté dans ce Congrès par un grand nombre de communications des plus intéressantes. Et ce qui est assurément très édifiant, c'est que des gynécologues le plus en renom comme des chirurgiens à outrance sont devenus, autant que possible, conservateurs. J'en suis bien aise ! Le traitement conservateur donc s'impose aujourd'hui.

Or, parmi les moyens les plus puissants dont la thérapie moderne dispose pour le traitement conservateur des fibromes utérins, l'électricité sous forme de galvano-caustique intra-utérine, méthode du regretté docteur Apostoli, se trouve sans conteste au premier rang.

La première place appartient évidemment à la myomectomie et à l'hystérotomie ; mais elles peuvent donner de tristes conséquences pour l'existence des malades. L'électricité par contre n'en donne aucune. Et s'il est vrai que la myomectomie nous débarrasse de la tumeur, elle réclame beaucoup d'habileté. L'électricité est d'un emploi plus simple, à la portée de tous et complètement innocente, sans danger et absolument sûre dans ses résultats.

Nous pouvons donc avancer une conclusion en disant que de tous les procédés conservateurs, la méthode d'Apostoli est la plus efficace constituant le meilleur auxiliaire dont la gynécologie puisse disposer.

C'est vous dire, messieurs, qu'une brève étude de l'électrolyse est nécessaire. Elle a été bien étudiée par Laquerrière et Zimmern dans ces derniers jours ; je résumerai en quelques mots la question.

Nous ne sommes plus aujourd'hui à l'emploi empirique du courant continu, mais à l'application d'un remède dont les données thérapeutiques dérivent de la connaissance de la physiologie et de la pathologie générale. Si nous nous reportons, en effet, aux expériences de Weiss, publiées en 1890 et continuées depuis, sur l'électrolyse du muscle, nous en acquérons la plus parfaite conviction. Il a constaté qu'une patte de grenouille soumise au passage d'un courant galvanique suffisant, perd sa contractilité, mais que celle-ci peut lui être rendue par une appli-

cation en sens inverse; cette perte devient définitive si l'action première est trop intense ou trop longue.

Le rôle de l'inversion du courant, dit Laquerrière, démontre qu'il s'agit là de phénomènes chimiques et secondaires au passage du courant. C'est de l'électrolyse que l'on fait dans ce cas.

Au point de vue microscopique, il a vu que « sur la coupe en travers d'un muscle soumis à l'action électrolytique on voit les fibres musculaires très inégales, comme forme et comme volume ; au lieu d'être presque accolées les unes aux autres, comme sur le muscle normal, elles sont séparées, le tissu conjonctif interfasciculaire ayant pris un grand développement.

Sur les coupes longitudinales, d'abord la striation transversale des muscles disparaît et ils deviennent un peu plus transparents : puis le muscle se fragmente de plus en plus jusqu'à être réduit en granulation. Son enveloppe ou sarcolemme semble résister plus longtemps. On trouve aussi, dans les préparations, des fibres bien plus fines que les autres et admirablement striées. On ne sait pas encore d'où elles viennent, peut-être seront-elles formées depuis la dernière séance d'électrolyse. »

Si cela se passe dans le muscle normal, rien ne nous empêche d'admettre que les mêmes phénomènes se passent dans le muscle-myôme.

Ce fait démontre que le courant continu attaque le fibrome dans la vitalité de ses éléments par l'action interpolaire, qui, étudiée depuis quelques années seulement, a trouvé sa démonstration dans des expériences physiologiques indiscutables et dans des faits cliniques indéniables.

Ainsi, par exemple, un des faits les plus clairs et les mieux constatés dans le traitement électrique des fibromyômes, c'est l'hémostase à la suite de l'action du pôle positif. Eh bien ! on obtient cette hémostase aussi à l'aide de galvano-caustique négatif et de galvano-puncture. Or, pour que la galvano-puncture qui n'a aucune action sur la muqueuse et faite en dehors d'elle, pour que le galvano-caustique négatif qui est congestionnant et favorise l'écoulement sanguin d'une façon immédiate, deviennent à la longue et d'une manière indirecte hémostatiques, il faut bien reconnaître que le traitement jouit de propriétés spéciales indépendantes de son action locale: sous l'influence de galvano-caustiques le fibrome serait jusqu'à un certain point atteint dans sa vitalité. L'atrophie donc d'un myôme est un fait possible, physiologiquement possible, de même que l'atrophie d'un muscle quelconque.

Je rappellerai à ce sujet que j'ai montré au Congrès international de médecine de Berlin, en 1890, un utérus myomateux qui soumis, avant d'être extirpé, à l'action du courant continu, présentait un commencement d'atrophie à la périphérie de la tumeur déterminée par la dégénération adipeuse des éléments musculaires. L'altération était visible même à l'œil nu. Au microscope on voyait de grands amas de granulations ; quelques sarcolemmes en étaient pleins. Nous devons donc reconnaître dans le traitement électrique une action interpolaire apte à atteindre le myôme dans sa vitalité, déterminant ainsi une atrophie et par cela même une diminution de volume du néoplasme et l'arrêt des pertes sanguines.

L'électricité va être étudiée à un autre point de vue : celui de l'antisepsie. Apostoli et Laquerrière père, ont démontré que le pôle positif tue les germes infectieux ou tout au moins en neutralise le pouvoir. Nous savons d'autre part que les inflammations utérines ainsi que les fibromes, d'après les idées de Claisse, sont dus à la présence de microbes. De plus, l'électricité excite et augmente le pouvoir phagocytaire des éléments anatomiques qui détruisent les germes pathogènes. Nous avons donc destruction des germes ou neustralisation de leur pouvoir et augmentation du pouvoir phagocytaire des éléments anatomiques. D'où le pouvoir dans l'électricité de combattre la cause des fibromes ainsi que l'inflammation concomitante.

En concluant sur ce premier point, nous pouvons affirmer que la méthode d'Apostoli constitue un remède apte à combattre le fibromyôme de l'utérus, dans son étiologie ainsi que dans sa constitution et dans ses symptômes. Ce qui forme un traitement complet, parfait, scientifique.

Les faits cliniques correspondent-ils à cette conclusion? Pour bien voir ce qu'il en est de cette question, nous devons étudier les résultats que le traitement électrique nous donne. Sous ce rapport, un accord admirable existe parmi les gynécologues ; et on peut dire sans crainte d'être démenti que ces résultats sont excellents et constants. Divisons pourtant les résultats en immédiats et éloignés.

Résultats immédiats. — Apostoli, Carlet, Bergonié et Boursier, La Torre, tout dernièrement, Zimmern et beaucoup d'autres, sont parfaitement d'accord sur ces résultats.

cation en sens inverse; cette perte devient définitive si l'action première est trop intense ou trop longue.

Le rôle de l'inversion du courant, dit Laquerrière, démontre qu'il s'agit là de phénomènes chimiques et secondaires au passage du courant. C'est de l'électrolyse que l'on fait dans ce cas.

Au point de vue microscopique, il a vu que « sur la coupe en travers d'un muscle soumis à l'action électrolytique on voit les fibres musculaires très inégales, comme forme et comme volume ; au lieu d'être presque accolées les unes aux autres, comme sur le muscle normal, elles sont séparées, le tissu conjonctif interfasciculaire ayant pris un grand développement.

Sur les coupes longitudinales, d'abord la striation transversale des muscles disparaît et ils deviennent un peu plus transparents ; puis le muscle se fragmente de plus en plus jusqu'à être réduit en granulation. Son enveloppe ou sarcolemme semble résister plus longtemps. On trouve aussi, dans les préparations, des fibres bien plus fines que les autres et admirablement striées. On ne sait pas encore d'où elles viennent, peut-être seront-elles formées depuis la dernière séance d'électrolyse. »

Si cela se passe dans le muscle normal, rien ne nous empêche d'admettre que les mêmes phénomènes se passent dans le muscle-myôme.

Ce fait démontre que le courant continu attaque le fibrome dans la vitalité de ses éléments par l'action interpolaire, qui, étudiée depuis quelques années seulement, a trouvé sa démonstration dans des expériences physiologiques indiscutables et dans des faits cliniques indéniables.

Ainsi, par exemple, un des faits les plus clairs et les mieux constatés dans le traitement électrique des fibromyômes, c'est l'hémostase à la suite de l'action du pôle positif. Eh bien ! on obtient cette hémostase aussi à l'aide de galvano-caustique négatif et de galvano-puncture. Or, pour que la galvano-puncture qui n'a aucune action sur la muqueuse et faite en dehors d'elle, pour que le galvano-caustique négatif qui est congestionnant et favorise l'écoulement sanguin d'une façon immédiate, deviennent à la longue et d'une manière indirecte hémostatiques, il faut bien reconnaître que le traitement jouit de propriétés spéciales indépendantes de son action locale: sous l'influence de galvano-caustiques le fibrome serait jusqu'à un certain point atteint dans sa vitalité. L'atrophie donc d'un myôme est un fait possible, physiologiquement possible, de même que l'atrophie d'un muscle quelconque.

Je rappellerai à ce sujet que j'ai montré au Congrès international de médecine de Berlin, en 1890, un utérus myomateux qui soumis, avant d'être extirpé, à l'action du courant continu, présentait un commencement d'atrophie à la périphérie de la tumeur déterminée par la dégénération adipeuse des éléments musculaires. L'altération était visible même à l'œil nu. Au microscope on voyait de grands amas de granulations ; quelques sarcolemmes en étaient pleins. Nous devons donc reconnaître dans le traitement électrique une action interpolaire apte à atteindre le myôme dans sa vitalité, déterminant ainsi une atrophie et par cela même une diminution de volume du néoplasme et l'arrêt des pertes sanguines.

L'électricité va être étudiée à un autre point de vue : celui de l'antisepsie. Apostoli et Laquerrière père, ont démontré que le pôle positif tue les germes infectieux ou tout au moins en neutralise le pouvoir. Nous savons d'autre part que les inflammations utérines ainsi que les fibromes, d'après les idées de Claisse, sont dus à la présence de microbes. De plus, l'électricité excite et augmente le pouvoir phagocytaire des éléments anatomiques qui détruisent les germes pathogènes. Nous avons donc destruction des germes ou neustralisation de leur pouvoir et augmentation du pouvoir phagocytaire des éléments anatomiques. D'où le pouvoir dans l'électricité de combattre la cause des fibromes ainsi que l'inflammation concomitante.

En concluant sur ce premier point, nous pouvons affirmer que la méthode d'Apostoli constitue un remède apte à combattre le fibromyôme de l'utérus, dans son étiologie ainsi que dans sa constitution et dans ses symptômes. Ce qui forme un traitement complet, parfait, scientifique.

Les faits cliniques correspondent-ils à cette conclusion ? Pour bien voir ce qu'il en est de cette question, nous devons étudier les résultats que le traitement électrique nous donne. Sous ce rapport, un accord admirable existe parmi les gynécologues ; et on peut dire sans crainte d'être démenti que ces résultats sont excellents et constants. Divisons pourtant les résultats en immédiats et éloignés.

Résultats immédiats. — Apostoli, Carlet, Bergonié et Boursier, La Torre, tout dernièrement, Zimmern et beaucoup d'autres, sont parfaitement d'accord sur ces résultats.

Ils peuvent être résumés dans quelques propositions que voici :

1° L'action hémostatique des galvano-caustiques est, qu'on nous passe l'expression, dit Zimmern, le triomphe de l'électrothérapie gynécologique.

Qu'il s'agisse de métrorrhagie ou d'une augmentation dans la durée ou dans l'abondance des règles, le résultat final sera identique : les pertes s'amenderont au bout d'un nombre variable de séances qui ne sera jamais supérieur à quinze et bien souvent inférieur à dix.

On a la diminution ou la suppression de l'hémorrhagie dans 80 p. 100 des cas. La suppression de la douleur se vérifie dans 70 p. 100.

2° La réduction du fibro-myôme est un fait bien constaté, réduction que l'on peut avoir dans 15 p. 100 des cas.

Zimmern élimine toute cause d'erreur dans la tumeur, critique les différentes objections qu'on présente contre la susdite réduction. Il attaque l'opinion de ceux qui veulent que la prétendue diminution du néoplasme ne soit que l'effet d'une erreur de diagnostic. Il démontre erronée l'opinion de Hallyday Croom et de Dührssen qui ne nient pas la diminution de volume, mais prétendent qu'elle est seulement momentanée et que la tumeur reprend sa marche envahissante dès que le traitement électrique est suspendu.

On ne peut pas non plus accepter l'opinion de Bouilly qui soutient que l'atrophie attribuée à l'électricité serait uniquement due à l'action régressive de la ménopause, que les résultats, en somme, de l'électrothérapie ne seraient qu'une simple coïncidence. Il en est de même de l'opinion de Doléris qui pense qu'on est victime d'une illusion en admettant la régression du fibrome, car pour lui, il s'agit tantôt d'un abaissement de la tumeur dans le petit bassin, tantôt de résorption d'exsudats périmétriques, qui sont toujours susceptibles de disparaître par le repos et par les soins, etc., etc.

Quels que soient, cependant, d'une part, le scepticisme que l'on montre pour les effets du courant électrique, et, d'autre part, la rareté du phénomène, il n'est plus possible actuellement de ne pas se rendre à l'évidence. Zimmern présente, en effet, un cas où le doute n'est pas possible, la tumeur se réduisit de plus de moitié ; moi aussi, j'ai deux cas où la tumeur s'est énormément réduite. L'action interpolaire, donc, plus que l'action polaire, cautérisation qui s'exerce sur la vitalité des fibro-myômes, est la cause de l'hémostase et de la diminution de volume de la tumeur. Un effet du courant continu sur les fibro-myômes, c'est de favoriser leur élimination spontanée ou de les

faire devenir plus saillants dans la cavité utérine de façon à rendre plus facile leur énucléation artificielle. Lapthorn Smith, Tyler Smith, Frédéric et Schaeffer ont publié des cas. J'en ai publié moi-même aussi 8 cas dès 1889.

Résultats éloignés. — Nous pouvons dire qu'ils sont également très satisfaisants. Qui a une longue pratique en électrothérapie gynécologique et revoit de temps en temps ses anciennes malades, ne peut nier le fait. En un mot, les hémorrhagies, même les plus redoutables qui ont été arrêtées par le traitement électrique, ne récidivent pas. Les faits et les commentaires de Thomas et Skene Keith sont, sous ce rapport, vraiment très édifiants. Tout récemment, Laquerrière publia un travail qui est le plus complet et le plus scientifique qui ait été fait sur le traitement électrique. Dans cette étude l'A. présente les résultats obtenus chez les malades soignés par Apostoli, dont Carlet avait publié, en 1884, les observations. Laquerrière a voulu patiemment rechercher et voir toutes ces malades pour pouvoir constater ce qu'il en était du traitement électrique.

Il est facile de comprendre qu'après 15 ans, Laquerrière n'a pu trouver beaucoup de ces malades ; il n'a pu présenter les observations que de 94, qui sont des documents qui édifient suffisamment. Il arrive à cette conclusion :

L'arrêt de l'hémorrhagie qui a eu lieu dans 80 à 90 p. 100, la suppression des douleurs obtenue dans 70 p. 100, l'arrêt de développement et la diminution de la tumeur qu'on a dans 15 p. 100, présentent une persistance remarquable, et la récidive est l'exception, lorsque le traitement a été bien appliqué et suffisamment prolongé.

Les résultats éloignés que je compte dans ma pratique personnelle sont identiques, ainsi que ceux d'autres gynécologues.

Cette concordance parfaite dans les résultats obtenus par les différents électrothérapistes est vraiment admirable. Elle doit s'imposer aujourd'hui à la considération de tout clinicien qui juge sans parti pris.

Ces résultats démontrent en outre que le traitement électrique, méthode Apostoli, ne constitue pas un traitement empirique et seulement symptomatique. Les applications électriques deviennent ainsi un remède rationnel et le mieux approprié, son but étant celui de soulager les malades, de leur procurer un confort tout en conservant l'organe dont l'ablation peut causer, outre les dangers personnels, des dommages énormes pour la famille, pour la société et pour la science.

Et quand même le traitement électrique devrait rester sans succès, il y a toujours pour les malades l'intervention chirurgicale — *l'ultima ratio* — qui devient dans ces circonstances utile, même nécessaire, parfaitement légitime et justifiée.

Nous pouvons donc dire que la gynécologie n'a pas de meilleur auxiliaire que le courant continu, car la méthode Apostoli est efficace, sans danger, applicable sans anesthésie et par tout médecin qui connaît la gynécologie. Le médecin par conséquent qui a à traiter un fibromyôme de l'utérus, doit tout d'abord conseiller et pratiquer la galvano-caustique intra-utérine, ne fût-ce que comme pierre d'essai.

Contre-indications de l'électrothérapie. — Il y a des cas où, quels que soient les avantages, le traitement électrique peut devenir inutile et même dangereux.

Il est par conséquent contre-indiqué :

a) Quand le fibrome a subi la dégénération sarcomateuse ou quand il se trouve associé au cancer ;

b) Dans les cas de sphacèle du néoplasme ou de torsion du pédicule ;

c) Quand le fibrome est accompagné d'inflammation ou de suppuration pelvienne ;

d) En cas de fibrome kystique ;

e) En cas de fibrome associé au kyste de l'ovaire ;

f) Dans quelques cas de polype intra-utérin.

Il faut, d'autre part, attendre peu de l'electricité, appliquée en cas de fibrome avec ascite ou hydrorrhée ou quand il s'agit de fibrome sous-péritonéal. Nous pouvons donc employer très utilement l'électricité dans un grand nombre de fibromes utérins, sans être obligés de pratiquer, toujours et dans tous les cas, l'hystérectomie qui ne trouve son indication qu'en peu de cas seulement.

Indications et contre-indications du traitement chloruré sodique fait dans les maladies génitales de la femme.

— **Fernand Lavergne** (Briscous-Biarritz). — La médication chlorurée sodique forte, envisagée au point de vue du traitement des maladies génitales de la femme, constitue un très utile adjuvant des autres méthodes thérapeutiques. Les grands progrès de la chirurgie gynécologique et l'excellence de ses résultats dans certains cas ne sauraient le faire oublier.

Le bain salé fort, type Briscous-Biarritz, type Salies-de-Béarn, formé d'un mélange en proportions variables d'eau douce et d'eau minérale, a des effets différents suivant qu'il est additionné ou non d'une certaine quantité d'eau-mère.

Le bain salé ordinaire, sans addition d'eau-mère, a pour *caractéristique physiologique* d'être *excitant* de la circulation pelvienne et de la grande circulation. La suractivité circulatoire provoquée du côté des organes pelviens est en raison directe de la concentration du bain. Très énergique, elle a besoin d'être très surveillée ; c'est à elle que le bain doit son action puissamment *résolutive*, *emménagogue*, *régulatrice* des fonctions menstruelles. Par son action sur la grande circulation, le bain salé ordinaire est un *stimulant de toutes les fonctions ;* c'est un excellent *tonique ;* mais par ses effets sur la nutrition et sur les échanges azotés qu'il augmente beaucoup, c'est surtout un *altérant de premier ordre*, un grand modificateur du terrain.

Le bain salé, additionné d'eau-mère, jouit au contraire de *propriétés sédatives* très remarquables ; on emploiera donc l'eau-mère pour corriger l'effet parfois trop excitant du bain salé ordinaire.

Le bain salé sera particulièrement indiqué dans tous les cas où l'on cherchera à obtenir une action résolutive. Plus les lésions seront torpides, plus son emploi sera justifié ; toutefois, quand il existera une certaine irritabilité, on trouvera dans l'eau-mère un moyen précieux pour la combattre. Mais c'est surtout dans l'existence, chez les malades, de certains états diathésiques (modalités diverses de la nutrition ralentie : lymphatisme, arthritisme, polysarcie), ou d'un état d'anémie très prononcée, qu'il puisera ses indications les plus formelles, étant données d'une part l'importance étiologique de ces divers états constitutionnels, et d'autre part l'action énergique du bain salé quand il s'agit de les combattre.

Les maladies génitales les plus justiciables de son emploi sont : l'*endométrite catarrhale* des lymphatiques, surtout dans la forme atténuée, paraissant relever plutôt d'un simple trouble fonctionnel lié à l'état général que d'une lésion très marquée de la muqueuse ; mais aussi dans ses formes sévères, à la condition de ne pas demander au bain salé la guérison du catarrhe, mais seulement la régression totale ou partielle de l'hypertrophie utérine ;

L'*endométrite hémorrhagique* de la *puberté* et de la *ménopause ;*

L'endométrite douloureuse quand la douleur semble reconnaitre pour cause les lésions du parenchyme ;

La *salpingite*, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir la résorption des vieux *exsudats*, des *adhérences*, des *reliquats de pelvi-péritonite*, des *noyaux de paramétrite ;*

Les *fibromes* sous-péritonéaux ;

Les fibromes mous, sans hémorrhagies très abondantes, mais saignant facilement ; les fibromes au voisinage de la ménopause ;

Les fibromes inopérables ;

Les *troubles fonctionnels* de l'utérus (aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies) relevant plutôt d'un état général défectueux (lymphatisme, obésité, anémie) que d'une lésion utérine ou ovarienne.

Aux indications précédentes, nous devons opposer un certain nombre de *contre-indications*. Il est bien évident d'abord que tout état aigu ou même subaigu constitue une contre-indication absolue ; en outre, on déconseillera formellement le traitement chloruré sodique dans certains fibromes : *fibromes à évolution rapide*, surtout quand ils surviennent chez des femmes jeunes et donnent lieu à des troubles fonctionnels et subjectifs très pénibles ; *fibromes hémorrhagiques*, quand les hémorrhagies sont à la fois très abondantes et très répétées ; fibromes *très volumineux* et *très douloureux*, quand la douleur relève de violentes névralgies pelviennes, ou d'une « réaction inflammatoire en instance à la périphérie » (A. Robin). Dans ce dernier cas, cependant, la cure est possible, à la condition d'user d'un traitement très doux et de mettre les malades au repos absolu ;

Dans la *salpingite kystique ;*

Enfin, et surtout, on s'abstiendra absolument de prescrire une cure saline aux malades chez lesquelles il y a lieu de supposer l'existence d'une *collection purulente* en un point quelconque de la région pelvienne et spécialement du côté des annexes, à moins que le pus ne se soit déjà fait jour et que son foyer ne soit demeuré en communication suffisante avec l'extérieur.

Séance du 4 août (soir).

Traitement conservateur des myômes.

— **A. Martin** (Greifswald). — Au Congrès international médical, à Londres, en 1881, Mathews Duncan n'admettait pas que les myômes constituassent une indication à une opération. Depuis cette époque les opi-

nions se sont notablement modifiées, en raison non seulement de l'étude anatomique plus complète des myômes, mais à cause surtout des perfectionnements apportés à la technique opératoire. Les interventions chirurgicales devaient d'autant plus perdre du champ que leurs résultats ne correspondaient pas à la gravité des douleurs ressenties par les malades. Les traitements médicamenteux ordinaires en usage alors ne sont pas aujourd'hui plus efficaces L'électrothérapie, de même que la castration, est aujourd'hui abandonnée.

A l'heure actuelle, les myômes constituent des indications à opérer, dès que la vie et la faculté au travail sont compromises.

L'opération est faite par le vagin, tant que les myômes sont peu volumineux et qu'ils ne paraissent pas trop adhérents. Les tumeurs volumineuses doivent être attaquées par la voie abdominale.

Comme les opérations par le vagin sont d'un pronostic beaucoup plus bénin, il est en général préférable de recourir à ces interventions plutôt qu'à un traitement médical long et douteux dans ses résultats, quand on a affaire à de petites tumeurs accessibles par le vagin, dès que ces tumeurs causent des souffrances. A cause de la gravité, à l'heure actuelle encore indiscutable, des opérations abdominales, il ne faut pas, dans les cas où ces opérations sont indiquées, rejeter systématiquement toute tentative de traitement médicamenteux. Mais ces tentatives devraient être temporaires et non poursuivies indéfiniment, parce que de ce fait seul le pronostic de l'opération peut être influencé.

Il est irrationnel de parler d'*une* opération pour myômes.

Il faut énucléer les petites tumeurs toutes les fois que l'utérus conserve assez de tissu capable de fonctionner, pour que les femmes conservent leur fonction menstruelle et leur aptitude à concevoir. Ce *desideratum* étant irréalisable, l'indication de l'EXTIRPATION TOTALE de l'utérus ou de L'AMPUTATION VAGINALE se pose.

Ces opérations sont diversement conduites. Encore aujourd'hui, je préfère la ligature médiate des masses de tissus à sectionner. L'opération doit toujours, qu'elle soit exécutée par voie abdominale ou par voie vaginale, être terminée par la fermeture complète du péritoine.

A l'heure actuelle, un drainage parait tout aussi peu nécessaire qu'une hémostase préventive par un lien constricteur en caoutchouc. Si la chose est possible, il faut laisser *in situ* un ovaire ou une portion d'ovaire, pour épargner aux femmes les crises douloureuses d'une ménopause artificielle.

Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromyômes rétropéritonéaux (rétrocervicaux) de l'utérus et l'importance de la méthode vaginale de la myomectomie conservatrice.

— **Dmitri de Ott** (Saint-Pétersbourg). — Au XIe Congrès international à Rome, ainsi qu'au XIIe à Moscou, j'ai déjà eu l'honneur de vous exposer mon procédé simplifié du traitement chirurgical des fibromyômes de l'utérus concernant particulièrement l'hystéromyomectomie sus-vaginale. Le taux de mortalité causée par cette dernière a ainsi pu être réduit à 4,3 p. 100 ; encore récemment les issues mortelles représentaient 30 p. 100 et plus, la catégorie des tumeurs fibreuses nécessitant l'amputation sus-vaginale étant avec droit considérée comme la plus défavorable et dangereuse.

Les résultats plus satisfaisants de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromyômes de l'utérus obtenus dans mon pays de même qu'à l'étranger ont permis d'élargir essentiellement le cercle de ses indications. Au Congrès à Moscou, où j'ai présenté mes résultats, j'ai pu constater que mes thèses, posées au Congrès précédent, ont été non seulement adoptées par la plupart des membres de notre section, mais même largement appliquées dans la pratique; la statistique se rapproche de celle d'une simple ovariotomie. Mais il existe néanmoins tout un groupe de tumeurs fibreuses, qui encore actuellement est considéré par la plupart comme non opératoire, ou tout au plus on leur applique un traitement chirurgical indirect par un procédé aussi peu justifié comme la castration. Ce sont les tumeurs rétropéritonéales, c'est-à-dire les corps fibreux qui s'accroissent entièrement ou en grande partie au-dessous du péritoine dans le tissu cellulaire qui entoure la matrice et prend part à la texture des ligaments sacro-utérins.

Les fibromyômes rétrocervicaux sont le prototype d'un développement pareil de la tumeur. Ils soulèvent, vu leur siège extrapéritonéal, le péritoine, dépriment le cul-de-sac de Douglas et changent complètement la topographie de cette partie du petit bassin en devenant souvent l'origine de troubles pénibles et très redoutables surtout par la compression de la vessie et du rectum; leur dégénérescence est aussi plus fréquente. L'aptitude d'accommodement de l'organisme est en même temps restreinte au minimum, vu l'immobilité presque complète de la tumeur : celle-ci est enclavée dans le petit bassin, l'utérus est retiré en haut et en avant, le vagin allongé, le canal et le col de la

vessie comprimés contre le pubis, les uretères déplacés, le rectum comprimé. En cas de volume considérable de la tumeur toutes les parties situées dans le tissu cellulaire du petit bassin, comme troncs nerveux, vaisseaux de grand calibre, subissent de même une influence néfaste et sont cause de graves désordres.

Il est évident que le traitement palliatif de ces tumeurs pratiqué actuellement par les gynécologues ne peut nous satisfaire et que le traitement curatif, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale directe, reste l'unique moyen de sauver les malades et de les délivrer d'un néoplasme altérant complètement leur santé.

Je me permets de vous présenter, Messieurs, dans le rapport présent les résultats de mes essais du traitement opératoire direct des corps fibreux rétropéritonéaux qui embrasse un nombre de 52 cas. Vu le développement extra-péritonéal de la tumeur, j'ai dû commencer après l'ouverture de l'abdomen par une incision de la partie postérieure du péritoine pariétal et décortiquer ensuite la tumeur de son lit cellulaire. Après avoir fait l'hémostase je tamponne la cavité, plus ou moins étendue, formée par la décortication, avec une large bande de gaze stérilisée, dont je mène le bout dans le vagin en crevant le cul-de-sac ou par la plaie résultant de l'ablation de l'utérus, si cette dernière opération a été nécessaire. Je réunis ensuite par une série de sutures les feuillets du péritoine, qui reste dans la plupart des cas en abondance, et la poche cellulaire, tamponnée de gaze, est de cette manière complètement isolée de la cavité abdominale. Le tamponnement cité (1) avec une bande de gaze — très salutaire au point de vue de l'issue de l'opération — est utilisé à la fois comme hémostatique et comme drainage capillaire prévenant la stagnation des sécrétions. J'ai obtenu par ce procédé des résultats favorables même dans des cas de tumeurs très considérables, où la cavité formée par la décortication dépassait la partie libre de la cavité abdominale. Enfin je ferme complètement les parois abdominales et je mets dans le vagin un tampon léger de gaze iodoformée ; je procède à son remplacement au fur et à mesure qu'il est trempé par les sécrétions, qui s'écoulent du bout de la bande située dans la poche de la tumeur enlevée. Je veux vous démontrer les pièces anatomiques des tumeurs que j'ai pu conserver après l'opération pour que vous puissiez plus facilement contrôler les cas sur lesquels je base mes déductions.

---

(1) Décrit dans le *Centralblatt f. Gynækologie*, 1892, n° 32.

Dans les 52 cas de fibromyômes extrapéritonéaux opérés par le procédé que je viens de décrire, je n'ai eu à constater que deux décès. Cependant il y avait parmi elles des malades très faibles et épuisées, qui avaient déjà subi une ou deux cœliotomies exploratrices, d'autres très anémiques avec des altérations du cœur comme suite d'un traitement prolongé par des injections sous-cutanées d'ergotine, etc., — complications qui *a priori* ne peuvent coopérer au succès de l'opération.

En résumant les susdites observations, on vient inévitablement à la conclusion que la gynécologie a actuellement les moyens de combattre avec succès la catégorie des fibromyômes considérée encore récemment comme non opératoire, en modifiant en conséquence les indications de leur traitement opératoire.

Mon rapport ne serait pas complet si je voulais me borner à l'exposition des résultats cités, car il nous reste à rechercher et à étudier une méthode opératoire qui nous permettrait d'obtenir des résultats pareils avec moins de dangers que la cœliotomie. Les principes à suivre sont analogues à ceux de l'opération décrite : isolement, autant que possible, de la cavité résultant de la décortication et écoulement libre des sécrétions. Les cas nombreux qui ont passé par mes mains à l'Institut impérial Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie m'autorisent à recommander avec insistance la voie vaginale pour les fibromyômes rétropéritonéaux ainsi que pour les autres formes des tumeurs fibreuses. Nous évitons par la méthode vaginale tous les dangers de l'ouverture de l'abdomen en enlevant avec le moins de risque les tumeurs de l'utérus. Outre les avantages directs que présente ce procédé, il nous permet d'appliquer pleinement les principes de la chirurgie conservatrice. C'est surtout dans la catégorie des fibromyômes rétropéritonéaux que l'effet est éclatant, la tumeur pouvant être décortiquée dans certains cas sans même la perforation du péritoine. L'opérateur atteint par une incision du cul-de sac de Douglas la tumeur, dont la décortication par le doigt est parfois très facile, surtout si le volume n'est pas considérable et les tissus qui l'entourent, pas dégénérés ; il tamponne ensuite la poche cellulaire, ce qui termine l'opération. En cas de tumeur considérable on parvient d'abord par le doigt à la partie inférieure de la tumeur, on diminue le volume par le morcellement et on enlève peu à peu toute la tumeur. J'ai pu ainsi enlever en conservant l'utérus et les annexes des tumeurs dépassant le volume d'une tête de nouveau-né. Si les connexions des corps fibreux avec le tissu utérin sont très intimes et étendues, la décortication est suivie d'hémorrha-

gie, on attire alors l'utérus dans l'incision pour faire des sutures hémostatiques. La méthode ne change en rien, si nous ouvrons pendant l'opération le péritoine : dans les cas de tumeurs intraligamentaires, qui font saillie en haut, ou dans les cas de corps fibreux sous-péritonéaux à noyaux multiples, nous sommes obligés sciemment à avoir recours à ce procédé par incision du cul-de-sac ; nous extirpons ensuite la tumeur, diminuons ainsi le volume de l'utérus, nous l'attirons pour faire la ligature des tissus saignants et nous le replaçons dans sa position normale.

La myomectomie conservatrice vaginale peut être de même appliquée avec succès dans les cas de corps fibreux sous-muqueux, qui pour des raisons quelconques ne sont accessibles *per vias naturales*. Tandis que jusqu'à présent il ne nous restait qu'à faire le choix entre l'extirpation vaginale de l'utérus entier ou la cœliotomie abdominale conservatrice, nous avons maintenant le moyen, en enlevant la tumeur par la voie vaginale, de conserver l'utérus pour son fonctionnement ultérieur. On procède dans ces cas-là, après l'incision du cul-de-sac, à l'hémisection de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, on enlève la tumeur, et l'utérus, réuni scrupuleusement par des sutures, reste en place.

J'ai eu 27 cas de myomectomie conservatrice, où l'opération a été pratiquée par la colpotomie. Toutes les malades à l'exception d'une furent rétablies, ce qui donne avec les précédents comme résultat final 3 décès sur 79 opérées.

La méthode vaginale a non seulement comme avantage de restreindre le risque de l'opération même, mais est aussi suivie d'un cours post-opératoire beaucoup plus léger, comme nous l'observons dans toutes les autres opérations vaginales.

Je présente à l'appui de mes paroles la statistique de mes résultats du traitement chirurgical des fibromyômes de l'utérus par la cœliotomie et par le vagin.

La somme totale des opérations est 382 avec 26 décès.

En 189 cas fut pratiquée la cœliotomie ; j'ai perdu 20 malades, c'est-à-dire 10,7 p. 100. En 193 cas fut pratiquée la méthode vaginale, dont j'ai eu à constater 6 décès, c'est-à-dire 3,1 p. 100.

La méthode vaginale comparée avec la cœliotomie est en conséquence trois fois moins dangereuse ; en y adjoignant les autres avantages cités, nous arrivons évidemment à la thèse, que celle-ci doit être préférée dans tous les cas où elle peut seulement être appliquée.

Ainsi la colpotomie a reçu une nouvelle importance et en même temps nous avons un nouveau moyen de conserver la santé à la femme, sans la priver de ses fonctions sexuelles.

De l'hystérotomie cervico-vaginale dans le morcellement des fibromes du corps de l'utérus.

— **Paul Segond** (Paris). — Cette communication a pour but de montrer que l'ancienne opération d'Amussat, c'est-à-dire l'ablation des fibromes par le vagin sans hystérectomie, a des indications beaucoup plus étendues que ne le pensent ceux-là mêmes qui la préconisent aujourd'hui après perfectionnement de son manuel opératoire.

Bien loin de convenir seulement soit aux polypes, soit aux fibromes sous-muqueux d'accessibilité vaginale évidente, elle trouve en effet ses indications dans l'ablation des fibromes interstitiels du corps avec col sain et nullement dilaté.

Des observations personnelles nombreuses, qui seront publiées par mon interne M. Dartigues, l'établissent et prouvent, en outre, que l'opération est absolument bénigne.

Le procédé que je préconise est emprunté à la pratique de Péan. Il consiste à sectionner le col *dans toute sa hauteur* d'un côté ou des deux côtés. Grâce à cette *hystérotomie cervico-vaginale uni* ou *bilatérale*, on obtient extemporanément, et sans jamais risquer d'ouvrir le péritoine ou de blesser l'uretère, un libre accès dans la cavité du corps utérin. Le museau de tanche ainsi débridé devient une sorte de gueule largement ouverte au fond de laquelle on peut à son aise voir, toucher et manœuvrer.

Le col une fois sectionné jusqu'au-dessus de l'isthme, rien n'est en effet plus simple que de pénétrer dans la cavité utérine, d'en explorer les parois par le toucher, de sentir les fibromes qu'elle renferme, d'effondrer leur coque avec le doigt ou de les débrider au bistouri ; d'arriver ainsi sur le tissu même des fibromes, de les reconnaître aussi bien par la vue que par le toucher, et, suivant qu'ils sont petits ou gros, de procéder, enfin, soit à leur énucléation, soit à leur morcellement.

D'une manière générale, cette opération peut être tentée sur tout utérus fibreux dont les dimensions se prêtent à l'hystérectomie vaginale, à la condition qu'il n'y ait aucun signe de périmétrite ou d'annexite. Mais il est bien rare que l'opération puisse être décidée de parti pris sur les seules données de l'examen clinique.

En réalité cette décision ne peut être prise que pendant l'acte opératoire, alors qu'on a la possibilité de voir ou de toucher, et de savoir, par conséquent, d'une manière positive si la coque utérine est intacte, assez épaisse et s'il existe, oui ou non, d'autres masses fibreuses.

C'est pour cela que toute objection basée sur les incertitudes du diagnostic ne résiste guère à l'examen.

Si le diagnostic est exact, tant mieux; s'il ne l'est pas, si je constate soit une perforation utérine, soit l'existence d'autres masses fibreuses dangereuses pour l'avenir, l'hystérectomie séance tenante, et tout est dit.

Pour des raisons analogues les dangers prêtés à l'opération sont, en grande partie, théoriques. Ces dangers sont, en effet, surtout constitués soit par des perforations possibles de l'organe ; soit par les complications septiques post-opératoires qui, jadis, avaient si justement fait proscrire ce mode d'intervention. Or je le répète, s'il y a perforation, c'est à l'opérateur à savoir le reconnaître, ce qui est, d'ailleurs, fort simple avec un peu d'habitude, et, cette constatation faite, il doit aussitôt hystérectomiser. Le péril en question ne compte donc pas.

Quant aux complications septiques, il faut certes y songer toujours ; j'en ai fait moi-même l'expérience dans un cas malheureux que je publierai ultérieurement, et c'est pour cela qu'on ne saurait trop insister sur l'importance de soins consécutifs bien dirigés.

Mais, lorsqu'on observe les règles d'une parfaite asepsie, lorsqu'on prend notamment les précautions voulues pour se garer de toute rétention possible, il n'y a vraiment rien à craindre et, dans ces conditions, l'ablation par voie vaginale de fibromes même très gros peut être considérée comme tout à fait bénigne.

Bref, l'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale est pour moi l'opération préliminaire de choix dans presque tous les cas, et voici mes raisons : elle permet aussi bien l'énucléation de petits fibromes très haut situés que le morcellement de masses fibreuses interstitielles pesant jusqu'à 1,000 et 1,200 grammes ; à l'inverse de l'hystérotomie vaginale médiane, elle n'exige jamais ni le décollement de la vessie, ni l'ouverture du péritoine : elle respecte sûrement les uretères ; elle s'exécute sans risque d'hémorrhagie, et si parfois elle nécessite la section des utérines, l'hémostase par ligature ou forcipressure n'en reste pas moins toujours facile et sûre.

Il est, enfin, bien clair que les sections cervicales se réparent aussi bien quand elles sont latérales que lorsqu'elles portent sur un point

quelconque du col. Une suture au catgut, d'exécution simple, assure toujours ce résultat. Je puis même dire, par expérience, que lorsqu'on juge prudent de ne pas recoudre le col afin de mieux éviter toute rétention possible dans une loge d'énucléation trop vaste ou trop anfractueuse, les choses n'en vont pas moins bien, et la reconstitution du col se fait dans les meilleures conditions.

Des indications et des résultats éloignés de la ligature des artères utérines dans les myômes de l'utérus.

— **Sigmund Gottschalk** (Berlin). — 1. — La ligature vaginale des artères utérines dans ses différentes branches près du bord de l'utérus, tout près du point de division, est une opération tout à fait exempte de danger.

Il est préférable de lier en 3 ou 4 étages, après le décollement de la vessie du col et des ligaments larges de chaque côté, le ligamentum cardinale (pédicule vasculaire) et la base du ligament large avec de la soie forte et l'aiguille de Deschamps.

Cette opération sera bien supportée aussi par des femmes tout à fait exsangues et épuisées, qui succomberaient sûrement à une intervention radicale.

2. — La nutrition de l'utérus est assurée après l'opération.

3. — Cette opération peut, *dans des cas convenablement choisis*, maîtriser définitivement mieux qu'aucune autre méthode palliative les hémorrhagies causées par les myômes et elle est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique.

4. — Il faut, cependant, choisir les cas bien justiciables de la méthode.

Voici les données générales d'après lesquelles on pourra faire le choix :

a) Le *siège des myômes*. — Les myômes qui sont les plus justiciables de la méthode sont essentiellement les myômes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond, et pas du tout les tumeurs intraligamentaires.

b) L'*âge des malades*. — Plus la femme est rapprochée de la ménopause, d'autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature.

c) La *grosseur des tumeurs* — La méthode est surtout applicable dans

les utérus myomateux qui ne dépassent pas notablement le volume d'une tête de femme.

d) L'*anamnèse*. — Si des accidents de pelvi-péritonite ont précédé, il est vraisemblable que les tumeurs contractent des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles en retirent de nouveaux vaisseaux artériels qui mettent en question le succès.

5. — Avant l'abrasion de la muqueuse de l'utérus, le premier acte de l'opération, il faut dilater l'utérus à la laminaire dans tous les cas où il y a lieu de soupçonner un myôme sous-muqueux par la raison qu'il est mieux d'extirper radicalement les myômes situés dans la cavité utérine.

Discussion.

— **H. Delagénière** (Le Mans). — Je vous ai déjà, l'année dernière au Congrès d'Amsterdam, entretenu des résultats qu'on pouvait obtenir dans certains cas de fibromes de l'utérus, par la ligature des artères utérines par le vagin. Je ne puis aujourd'hui que répéter ce que j'ai dit alors, que les résultats ont été très bons. Toutes mes malades au nombre de six sont actuellement en parfait état, les hémorrhagies n'ont pas reparu et les tumeurs ont considérablement diminué de volume.

La question importante et délicate est de discerner les cas susceptibles de bénéficier de cette méthode. Pour nous, nous n'y avons recours que dans les cas de fibromes petits, lorsque l'utérus est abaissable, et lorsque la tumeur ne présente pas d'évolution rapide. Nous y avons recours aussi volontiers pour les polypes à évolution vaginale. Comme opération complémentaire lorsque le polype est enlevé et que nous ne trouvons dans l'utérus d'autres noyaux fibreux. La ligature des artères utérines est alors en quelque sorte préventive en ce sens que nous espérons obtenir par ce moyen l'arrêt du développement des noyaux fibreux.

Nous n'avons rien de bien spécial à dire sur la technique. Après avoir dénudé le col de l'utérus comme pour pratiquer l'hystérectomie vaginale, nous isolons la base du ligament large, cherchons l'artère que nous reconnaissons à ses battements, puis pour être bien certain de lier cette artère nous la coupons d'un coup de ciseaux et plaçons un fil sur les deux bouts. Cette ligature est répétée de l'autre côté. Enfin deux ou trois points de suture sont placés sur la section vaginale.

— **Goulliond** (Lyon). — Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il y a lieu cependant de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale ou vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens, ménorrhagiques chez les femmes exsangues. Quant au pincement des artères utérines, dont nous voulons spécialement parler, nous l'avons employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de 40 à 50 ans, présentant un fibrome à développement pelvien, ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic, et s'accompagnant d'hémorrhagies. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promoteurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Franklin H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. Nous avons toujours observé un arrêt complet des hémorrhagies, une régression de la tumeur; celle-ci est facilement appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi, dans mon premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres, deux ans après il ne mesurait plus que 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistance des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 centim. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 centim. 1/2 n'est plus que 7 cent. 1/4 deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du pincement ou de la ligature des artères utérines. Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale ; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sac latéraux ; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longuette droite, longs de 5 centimètres et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Les pinces sont laissées en place 24 ou 48 heures. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention d'attacher une ligature ; il est plus facile et il agit aussi efficacement. Nous avons essayé, dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques; les hémorrhagies se sont arrêtées, mais nous avons eu la surprise de ne voir survenir aucune

modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme. Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorrhagiques rebelles, en cas d'insuccès du curettage.

Myomectomie conservatrice.

— **Témoin** (Bourges). — En 1896, au Congrès de chirurgie, j'apportai le résultat de 46 observations d'hystérectomie abdominale faites par la méthode d'énucléation. Sur ces 46 observations 5 présentaient un intérêt spécial puisque le fibrome avait pu être enlevé sans que l'utérus et les annexes eussent été sacrifiés. Les malades, qui cependant avaient présenté avant l'opération des troubles considérables, se portaient très bien, et je formulai cette espérance : qu'on devait songer à la voie abdominale pour les fibromes de moindre importance, chercher à les enlever par énucléation afin d'éviter l'ablation d'un organe aussi important que l'utérus.

C'était en 1896 à l'époque où l'hystérectomie vaginale était en faveur. Tout fibrome à ce moment qui ne dépassait pas l'ombilic devait être enlevé par le vagin.

Depuis l'hystérotomie abdominale a fait son chemin et bientôt, il faut l'espérer, la voie vaginale sera réservée à certains cas bien déterminés qui ne seront que l'exception.

L'énucléation n'était pas une méthode nouvelle, Spencer Wells l'avait faite en 1863, Spiegelberg en 1874 et depuis 1878, Martin, de Berlin, l'a pratiquée souvent. Bien qu'il fût logique de faire pour l'utérus ce que nous faisons pour les organes atteints de tumeurs bénignes, bien qu'il fût tentant de conserver à une femme jeune un organe comme celui-là avec sa fonction, cette méthode n'eut aucun succès. Cependant quelques observations furent publiées par Ricard, par Doléris. Hartmann pratiqua aussi cette opération et enfin, il y a quelques jours à la Société de chirurgie, Tuffier vint apporter les résultats satisfaisants de 15 énucléations avec conservation de l'organe et se fit le défenseur de cette méthode qu'il emploie depuis un an.

Au début, je cherchais toujours devant un fibrome à faire l'énucléation ; depuis deux ans et demi, je la réserve aux cas où elle est indiquée. Je ne vois pas, en effet, d'avantage à conserver l'utérus chez une femme arrivée à la ménopause. Je crois aussi que lorsque l'utérus est

trop fibromateux, il ne faut pas chercher à faire l'énucléation de tous les fibromes.

L'organe est malade, il restera toujours des noyaux qui pourront grossir et devenir à leur tour matière à opération. Il en est de même lorsque les annexes sont malades.

Indications. — L'énucléation me semble indiquée toutes les fois que la femme est jeune, que le fibrome ou les fibromes ne sont pas trop développés et que leur ablation peut se faire sans altérer trop la structure de l'organe. Dans les autres cas c'est à l'hystérectomie totale ou subtotale qu'il faut avoir recours, et pour ma part j'ai toujours fait de préférence l'hystérectomie supravaginale.

C'est ainsi que sur 239 hystérectomies abdominales, 16 fois seulement l'utérus a pu être conservé avec les annexes, et sur ces 16 cas d'énucléation, je n'ai eu à enregistrer aucun décès. Les premières opérées datent de huit ans et je ne connais aucune récidive.

Mode opératoire. — Ma façon de faire a peu varié depuis le début et j'ai vu avec plaisir que ce même procédé avait été employé par Tuffier. Je ne crois pas d'ailleurs qu'on puisse en employer un autre. L'utérus est attiré au dehors, sa surface est explorée afin de bien connaître la situation du fibrome et son volume. Sans hémostase préventive que je faisais au début, j'incise sur la surface fibromateuse : incision longitudinale, qui permet la décortication facile. Celle-ci est faite avec les doigts. Si, le fibrome enlevé, la cavité utérine se trouve ouverte, je passe une compresse stérilisée pour enlever toutes les muqueuses de la cavité et je touche avec un peu d'eau phéniquée à 1 20. Je n'ai jamais fait le curettage préventif.

Le fibrome enlevé, la plaie est suturée par deux plans, l'un musculaire, l'autre séreux. Sutures faites au catgut et en surjet. La plaie ne saigne pas et la suture fait l'hémostase.

Lorsqu'une des cornes utérines est prise dans la tumeur et que la trompe me parait difficile à conserver, je supprime les annexes de ce côté. Une de mes malades opérée dans ces conditions, a eu un an après un enfant très bien portant, et depuis (il y a 3 ans de cela, elle se porte bien.

Lorsqu'il y a plusieurs fibromes, chacun est énucléé de la même façon avec une suture spéciale.

Si la cavité laissée par le fibrome est assez grande, je ne vois aucun inconvénient à en supprimer une partie au ciseau.

D'ailleurs l'utérus se rétracte comme après l'accouchement, le muscle

revient sur lui-même, et il m'est arrivé de rentrer dans le ventre des utérus remontant à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis qui avaient disparu une quinzaine de jours après.

Sur mes 16 opérées — deux l'ont été pendant une grossesse — chez l'une il y avait un kyste de l'ovaire qui me fit opérer d'urgence au troisième mois. Le kyste enlevé, l'utérus présentait un fibrome interstitiel gros comme une orange moyenne dans le segment droit. Je fis la décortication sans pénétrer dans l'utérus. Les suites furent favorables, mais elle fit une fausse couche six semaines après. Depuis elle a eu un enfant.

La seconde fut opérée au quatrième mois, à cause des douleurs violentes déterminées par un fibrome. Sa grossesse continue très normale et elle doit accoucher dans la première quinzaine de ce mois.

Deux autres enfin ont eu des enfants.

Conclusions. — C'est à l'hystérectomie abdominale que nous devons ce progrès, et contrairement à ce qui était admis en 1896, je dirai : plus un fibrome est petit, plus la voie abdominale est indiquée, parce que c'est elle qui nous permettra de supprimer la tumeur sans supprimer l'organe.

Je suis convaincu que la proportion des opérations conservatrices augmentera beaucoup lorsque nous pourrons proposer à une femme jeune l'ablation d'un fibrome encore petit, mais qui lui cause des troubles, avec la promesse presque certaine qu'elle conservera ses époques et pourra avoir des enfants.

Discussion.

— **Pozzi** (Paris). — Je me félicite d'avoir été un des premiers à pratiquer en France la myomectomie d'après le procédé de Martin; je regarde comme contre-indications les cas suivants :

1° Trop grand volume de la tumeur (quand elle dépasse l'ombilic), parce qu'alors l'utérus est dégénéré;

2° La multiplicité des tumeurs à cause de la longueur de l'opération et du danger d'hémorrhagie;

3° Le mauvais état des annexes;

4° Je regarde aussi comme une indication formelle d'hystérectomie immédiate, quand au cours de l'opération la cavité utérine a été ouverte.

— **A. Monprofit** (Angers). — La myomectomie abdominale

préconisée par Martin (de Berlin), depuis de longues années, par Kelly et par beaucoup d'autres auteurs, pratiquée chez nous par notre collègue et ami Témoin (de Bourges) est loin d'avoir, dans la pratique chirurgicale, le rôle auquel elle a droit, selon nous.

J'ai commencé à la pratiquer l'année dernière lorsque je la trouvai bien indiquée; mon interne Morinière vient de soutenir sa thèse devant la Faculté de Paris (1) sur ce sujet; on trouvera dans son travail mes observations et les détails de ma pratique.

Tout récemment notre collègue et ami Tuffier a communiqué à la Société de chirurgie, quinze observations de cette même opération; enfin nous avons la satisfaction de voir qu'un certain nombre de nos collègues sont entrés dans la même voie, et se sont inscrits à ce Congrès sur le sujet.

Nous devons bien reconnaître que dans ces dernières années, nous avons été tellement entraînés par les hystérectomies totales que nous avons perdu de vue la conservation de l'organe dans des cas où elle était parfaitement possible.

C'est d'ailleurs ce que j'ai indiqué dans les discussions qui ont eu lieu sur l'hystérectomie abdominale totale aux Congrès français de chirurgie de 1896 et 1897.

Mais aujourd'hui un mouvement nouveau prend naissance et la tendance vers la conservation de la matrice va s'accentuer de plus en plus.

Il est même fort intéressant de constater que ces tentatives nouvelles de conservation de l'utérus sont la conséquence des opérations radicales par la voie abdominale; c'est en effet seulement en les pratiquant qu'on pouvait être amené à constater que certains cas n'imposaient pas l'ablation totale, tandis que certains autres n'offraient pas d'autre solution.

L'évolution naturelle de cette chirurgie abdominale des myômes utérins qui a franchi les étapes successives de la castration, de l'hystérectomie partielle avec pédicule, de l'hystérectomie totale, devait mener vers l'ablation des fibromes seuls, avec conservation de l'organe et de sa fonction. Nous y sommes arrivés maintenant.

Sans vouloir entrer dans des considérations historiques qui seraient ici hors de place, je dirai seulement comment je comprends les indications de la pratique de la myomectomie.

---

(1) VICTOR MORINIÈRE. *Sur la myomectomie abdominale.* Thèse de Paris, 1900.

Rien à dire des indications de l'intervention qui amènent à opérer une malade fibromateuse ; il est entendu que l'opération quelle qu'elle soit, est formellement indiquée par les accidents habituels aux fibromes, et l'échec des traitements palliatifs.

Dans ces conditions bien déterminées, quelles seront les particularités qui nous conduiront à pratiquer la myomectomie plutôt qu'une autre intervention ?

La première de toutes les conditions, à mon sens, est l'âge de la patiente; qu'y a-t-il de plus embarrassant et de plus pénible, il faut le dire, que de pratiquer une opération mutilante chez une jeune fille ou chez une jeune femme ? n'est-ce pas chez ces malades que nous serons infiniment satisfaits de pouvoir faire une opération qui conservera l'organe et ses fonctions ? c'est là pour moi la condition la plus pressante, si bien que les autres passent au second plan.

Voyons maintenant l'état local : généralement les fibromes qui pourraient donner lieu à l'énucléation simple, sont peu volumineux, bien qu'il y ait à ce sujet beaucoup plus d'exceptions, et qu'on pourra énucléer parfois de grosses tumeurs.

Le nombre des fibromes est aussi très important ; si le fibrome est unique, les conditions sont des plus favorables ; mais on peut les énucléer jusqu'à dix ou douze ou même un plus grand nombre sans inconvénients.

En fait, ce qu'il y a de plus important, c'est de voir quel sera l'état de l'appareil utéro-annexiel après l'ablation de tous les myômes ; si après cette ablation on voit que la conservation de cet appareil peut se faire sans danger, et que son fonctionnement normal est probable, la myomectomie est indiquée.

A quoi bon au contraire, se donner la peine de faire l'énucléation chez une femme qui a dépassé l'âge d'une grossesse possible, alors que l'ablation totale de l'organe est si bénigne ? La question seule des troubles psychiques succédant à la castration totale, pourrait être examinée.

D'un autre côté, même chez un jeune sujet, si l'énucléation des myômes volumineux ou multiples ne me laisse qu'un moignon utéro-ovarien inutilisable au point de vue fonctionnel, pourquoi substituer à une intervention simple et facile une opération compliquée sans bénéfice probable ?

Si les ovaires et les trompes présentent ces altérations qui sont si fréquentes avec les fibromes, il est bien inutile ainsi de conserver la matrice.

Enfin quelquefois l'énucléation des myômes volumineux laisse une surface avivée tellement large et saignante qu'il est fort difficile de faire une bonne hémostase. Afin d'éviter des dangers d'hémorrhagie ou d'infection consécutive, on se voit bien alors forcé d'enlever un utérus peu malade et qui, dans d'autres conditions, aurait pu être conservé. Le fait se voit surtout pour les gros fibromes de la face postérieure qui laissent une vaste surface cruentée sur l'utérus, sur la face postérieure des ligaments larges et dans le cul-de-sac de Douglas.

L'ablation totale de l'organe peut alors s'imposer comme une manœuvre de nécessité, afin d'assurer une bonne et complète hémostase.

Les *avantages* de la myomectomie n'ont pas besoin d'être longuement développés : l'acte chirurgical qui restitue un organe dans la plénitude de son fonctionnement est évidemment supérieur à celui qui consiste à enlever cet organe et à supprimer sa fonction.

Les grossesses après la myomectomie ne se comptent plus, grossesses menées heureusement à terme, et nous en comptons parmi nos observations personnelles.

D'autre part, la conservation de l'utérus et des annexes, avec la menstruation redevenue normale, présente évidemment les plus grands avantages, au point de vue de la santé générale, alors même qu'une grossesse ne surviendrait pas ultérieurement.

Devons-nous envisager maintenant la gravité de l'intervention et la mettre en parallèle avec celle des ablations radicales ?

Les statistiques pourront à ce point de vue avoir leur intérêt; pour moi, la gravité de la myomectomie, faite avec toutes les précautions voulues, n'est pas plus grande que celle des autres interventions dirigées contre les fibromes et elle a une beaucoup plus grande importance à cause du but si élevé qu'elle poursuit.

Le manuel opératoire suivi par nous ne diffère pas notablement de celui qui est employé par la plupart des auteurs.

Je considère comme important de faire saillir la matrice fibreuse autant qu'il est possible à travers l'incision abdominale, afin d'opérer pour ainsi dire en dehors de l'abdomen si les connexions de l'organe s'y prêtent. La protection de la cavité abdominale au moyen de compresses aseptiques est naturellement fort importante, ici comme dans toutes les opérations du même genre, surtout si la muqueuse utérine doit être ouverte au cours des manœuvres.

Je pratique généralement l'incision du tissu utérin sur la partie la plus saillante de la tumeur à énucléer, à moins que des myômes très voisins puissent passer par la même incision ou par une incision unique pratiquée sur la ligne médiane.

Le myôme étant mis à nu, je l'incise par la moitié afin de le diviser en deux hémisphères qui s'énucléent souvent plus facilement de la profondeur vers la surface de la matrice.

Parfois la muqueuse utérine est ouverte au cours de l'énucléation des myômes volumineux; cette circonstance impose naturellement les plus grandes précautions d'asepsie afin d'éviter toute infection de la séreuse péritonéale. Ce but peut avec du soin être atteint d'une façon certaine.

Lorsque l'énucléation de la principale tumeur est terminée, j'explore la matrice de façon à reconnaître tous les myômes moins volumineux qui pourraient exister. Tous ceux qui sont découverts sont traités de la même façon.

L'hémostase doit être faite avec grand soin ; tous les vaisseaux qui saignent sont liés de façon à ce que la plaie soit complètement exsangue. Les incisions médianes ne nécessitent souvent aucune ligature.

Lorsque la cavité occupée par les tumeurs énucléées reste considérable, il est bon d'exciser au moyen de ciseaux la coque qui reste béante de chaque côté. Le rapprochement des parois est ainsi facilité, et on évite la persistance d'une loge qui pourrait se remplir de sang et donner lieu à des accidents ultérieurs. De telles cavités doivent quelquefois être drainées par la matrice, surtout si la muqueuse utérine a été ouverte.

Nous terminons en suturant la muqueuse utérine s'il y a lieu, et en rapprochant les parois de la plaie aussi exactement que possible; il est bon de placer quelques points superficiels intermédiaires si on constate un suintement sanguin quelconque.

Dans les conditions que nous avons indiquées, nous pensons que la myomectomie abdominale est une bonne opération; mais nous croyons qu'il faudra choisir avec soin les cas où elle pourra être *utile* et *inoffensive*. Ces cas seront peut-être moins nombreux qu'on ne le pense tout d'abord.

— **Th. S. Cullen** (Baltimore). — Durant les sept dernières années, mon chef, Kelly, et mes collègues Russell et Clark ont observé plus de 500 cas de fibromes de l'utérus. A l'examen de la muqueuse utérine de plus de 100 cas, j'ai constaté que les trompes étant normales la muqueuse

de l'utérus est habituellement normale et qu'au contraire, quand les trompes sont malades, il peut exister de l'endométrite. L'oviducte est-il le siège de tuberculose, le même processus morbide peut s'être étendu à l'utérus. Le *desideratum* dans chaque cas, quand cela est possible, est de sauver l'utérus, et, presque toujours, on choisit la voie abdominale. Si les trompes sont normales, on fait la myomectomie et, en cas de possibilité, en imitant l'exemple de Martin. Kelly a pu enlever des myômes sous-péritonéaux du poids de 45 livres et conserver l'utérus. Des myomes interstitiels, de 15 livres, ont pu être énucléés et l'utérus conservé.

Quand les trompes sont malades, il est dangereux de pratiquer une myomectomie, parce que l'infection peut se produire. Quand la myomectomie est impossible, il faut faire l'hystérectomie totale en s'appliquant à ne pas léser les uretères. Quand l'utérus remplit le bassin, Kelly fend l'organe du fond au col, et lie les vaisseaux de bas en haut. Les observations de Gottschalk sont particulièrement intéressantes parce que, récemment, John Clark a démontré par de nombreuses injections que les vaisseaux utérins communiquent entre eux et avec ceux de l'ovaire.

Quand on se trouve en présence de myômes sous-muqueux, en voie de sphacèle, il faut les enlever par le vagin et, dès que l'écoulement ichoreux cesse, faire l'hystérectomie abdominale.

Tuffier (Paris). — Je suis un partisan irréductible de la voie abdominale, même pour les tumeurs de la portion sous-vaginale. Relativement au manuel opératoire, j'ai recours au suivant: pas d'incisions multiples; une incision médiane sur la ligne avasculaire suffit presque toujours. Sur 19 cas que j'ai pratiqués, je n'ai eu qu'une seule fois une ligature à poser. Par cette incision, je retourne en quelque sorte l'utérus, examinant ainsi successivemont toutes ses faces; pour éviter l'hémorrhagie, il faut toujours aller de dedans en dehors. Sont justiciables de cette opération même les gros et les énormes fibromes (l'utérus revenant sur lui-même comme après une opération césarienne et ne laissant qu'une petite cavité). La multiplicité des fibromes est en général une contre-indication. Cependant j'ai pu une fois en enlever 17. Le sphacèle et la suppuration des tumeurs sont aussi une contre-indication, surtout si la cavité a été ouverte. Après l'énucléation, je suture la ligne d'incision sans m'occuper des cavités.

Nature des fibromes utérins.

— **F. La Torre** (Rome). — Je suis vraiment enchanté de voir annoncé un grand nombre de communications concernant le traitement conservateur des fibromes utérins.

C'est un événement, une véritable résipiscence du bon sens clinique, dont personne plus que moi ne saurait se féliciter, puisque, voilà au moins une dizaine d'années que je crie à chaque instant, dans tous les Congrès, la *nécessité de respecter l'utérus*. Parce que, enfin, si on est assez souvent obligé d'extirper le myôme, il n'est point juste cependant d'enlever, dans tous les cas, l'utérus en même temps que le myôme.

Pourquoi doit-on extirper toujours l'utérus myomateux ? Le fibrome est-il de nature maligne ?

Dégénère-t-il ? L'utérus myomateux est-il utile ? Voilà, Messieurs, les quelques points que j'ai l'intention de traiter le plus brièvement possible.

1° *Le fibrome est-il de nature maligne ?* — Cette question doit être étudiée sous trois points de vue :

a) Comment se forment les fibromes ?

b) Quelle en est la structure anatomique ?

c) Quelle en est la cause ?

a) Quant à la première demande, et tenant compte seulement des études modernes, ce sont Pilliet et Costes qui ont, à mon avis, le mieux vu en ce qui regarde la formation des fibromyômes.

Ils ont montré que le début des corps fibreux se fait autour d'un capillaire. On a deux ordres de faits. D'un côté, il apparaît à la périphérie d'un capillaire une zone de cellules embryonnaires, donnant une rangée circulaire de fibres musculaires lisses ; celle-ci se développant aux dépens de nouvelles cellules rondes.

D'autre part, le capillaire lui-même ne reste pas indifférent ; il émet des pointes d'accroissement formant de nouveaux nodules. Ce capillaire se développe et devient un vaisseau central dans le néoplasme.

Keiffer, de Bruxelles, se rapproche beaucoup de cette idée. Il admet que les fibromyômes sont dus à l'hypertrophie du tissu utérin autour de certains vaisseaux, ou à l'enkystement par ce tissu de tronçons vasculaires mis hors d'usage par thrombose ou compression prolongée.

Tridondani arrive à la conclusion que les myômes de l'utérus ont leur point de départ dans l'enveloppe musculaire des petites artères utérines. On aperçoit distinctement ce vaisseau dans la couronne de tissu qui entoure le noyau néoplasique, dont l'accroissement se fait par accumulation des couches musculaires, qui proviennent de ces vaisseaux périphériques.

Tout dernièrement, Claisse a trouvé que le fibromyôme se développe au niveau des capillaires de la paroi musculaire ; c'est une *couronne proliférante* de cellules rondes qui se transforme en fibres lisses qui entourent le vaisseau, couronne qui augmente par la formation de pointes d'accroissement, s'entourant d'une bande fibreuse qui isole ce nodule myomateux au milieu des vaisseaux voisins. Le vaisseau central primitif peut au début se dilater ; mais il ne tarde pas à subir un processus oblitérant.

Je suis en général d'accord avec ces auteurs. Cependant, d'après mes recherches microscopiques, commencées dès 1896, mais non publiées, quand il n'existait rien sur ce sujet, à l'occasion d'un travail « *Sur l'indication de l'hystérectomie par fibromes* », je crois que ce n'est pas le tissu périvasculaire seulement qui donne lieu à l'origine des fibromyômes, mais aussi les éléments intra-vasculaires, l'endothélium, ce serait celui-ci qui se ressent d'abord. Je possède des préparations très claires sur lesquelles je reviendrai plus tard dans un autre travail.

b) Pour ce qui concerne la seconde question ou la structure, tout le monde est d'accord. Depuis que Vogel démontra pour la première fois la nature musculaire des fibromyômes utérins, personne n'a plus mis en doute la structure de ces néoplasmes. En effet, on admet aujourd'hui que la structure des fibromyômes résulte de fibres musculaires et connectives rappelant parfaitement celles de l'utérus.

c) Pour la troisième question, la cause, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une irritation dont on n'a pas encore bien défini la nature. Virchow avait admis que les fibromyômes sont dus à un état irritatif, soit local, soit général. Keiffer aussi admet une irritation, conséquence d'une compression prolongée, à une thrombose ou à tout autre processus qui trouble la circulation. Galippe et Landouzy avaient émis l'opinion qu'il pouvait s'agir d'une irritation due à la présence d'un microorganisme qu'ils avaient vu. Kollmann a rencontré des microbes dans les fibromyômes. On a constaté aussi la nature microbienne des lésions utérines et annexielles qui accompagnent les fibromyômes. Vedeler croit que le fibrome est dû à une irritation causée par la pré-

sence d'une forme parasitaire-protozoo, — mais ce fait n'a pas été confirmé.

Tridondani, cependant, n'est pas de cet avis : pour lui, les fibromyômes ne sont point le produit de processus d'irritation ou d'inflammation, ni la conséquence de germes persistants proliférants ; mais l'expression de l'activité formative du système génital, qui présente dans l'utérus ses manifestations les plus évidentes. Il faut bien dire que Tridondani démontre le fait avec une remarquable abondance d'arguments qui peuvent avoir une certaine importance dans la question.

Claisse croit, par contre, que les fibromes sont toujours précédés par un état inflammatoire de la muqueuse ; par conséquent, ils sont, pour lui, de nature *inflammatoire*, développés aux dépens d'endo et de périvascularites, de cause vraisemblablement *microbienne ;* peut-être parfois de l'action locale de poisons de nature microbienne ou autre. La pénétration des éléments nocifs se fait par voie circulatoire (lymphatique ou sanguine), et elle a ordinairement pour origine la muqueuse utérine. L'opinion de Claisse me semble la plus sérieuse, lorsqu'on réfléchit que tout état inflammatoire de la muqueuse est dû à des microbes. On s'explique mieux sous ce rapport le développement des fibromyômes de l'utérus par un état inflammatoire qui représente l'élément irritatif, que par toute autre chose.

Quoi qu'il en soit de ces petites divergences d'opinion, un fait certain découle, c'est que les fibromyômes de l'utérus sont, soit au point de vue de leur origine ainsi que pour leur structure et cause, de nature parfaitement bénigne. Ceci est le point principal. Et s'ils peuvent devenir dangereux, cela peut arriver à la suite de modifications et de symptômes propres à ces néoplasmes.

2° *Le fibrome dégénère-t-il?* — Les fibromyômes de la matrice peuvent, pour leur structure, subir des modifications que nous pouvons appeler bénignes et malignes dans le sens d'utile ou dangereux ; mais jamais les fibromes ne dégénèrent dans le sens de changer de nature, c'est-à-dire dans le sens que les éléments anatomiques — fibres musculaires et tissu connectif — se transforment en éléments épithéliaux ou autres, pour constituer une tumeur maligne, telle que l'épithéliome, le sarcome, le lymphome, etc.

Nous savons, en effet, que le fibrome appartient à cette classe de tumeurs simples provenant du mésoderme et constituées par un seul tissu, dites *tumeurs histioïdes*. Leurs éléments ne sont pas sujets à la

loi de la *métaplasie*, et ils ne se portent pas à distance. Le fibrome, donc, n'est pas de nature maligne.

Les autres tumeurs hystioïdes, comme le myxome, peuvent dégénérer; mais le fibrome, non. Ce que le fibrome peut faire de mal, c'est exercer une compression sur les nerfs et les vaisseaux voisins et causer les pertes sanguines.

Le fibrome, donc, ne dégénère pas; il y a invasion d'éléments sarcomateux, non changement d'éléments. Et quand même on voudrait admettre la dégénérescence sarcomateuse, elle est très rare. Il résulte, en effet, d'une enquête que j'ai faite auprès de plusieurs chirurgiens des plus distingués et que j'ai déjà consignée dans un travail : *Intorno all' indicazione dell' isterectomia per fibroma*, que la dégénérescence sarcomateuse n'a pas été rencontrée par tous et qu'elle est très rare.

Voici pourtant les noms des chirurgiens à qui je me suis adressé : MM. Bouilly, Olshausen, Martin, Hofmeier, Durante, Richelot, Mangiagalli, Sänger, Dmitri de Ott, Segond, Ruggi, Bantock, Leopold, Gusserow, Dührssen, Alban Doran, Küstner.

Et voici maintenant les résultats :

		CAS DE FIBROMES	DÉGÉNÉRÉS EN SARCOME
Olshausen.....	cas vus	1000	8
Martin.....	—	1000	25 (plus de deux douzaines)
Hofmeier.....	—	400	7 (6 ou 7)
Dührssen.....	—	200	12 (une douzaine environ)
Durante.....	opérés	92	0
Ruggi.....	—	138	5
		2830	57

Nous avons donc 57 cas de fibromyômes sarcomateux sur 2,830 cas observés et opérés ; d'où la proportion suivante :

$$2830 : 57 :: 10 : x = 2 \text{ p. } 100.$$

Je ferai remarquer cependant : 1° que Richelot admet comme possible, en théorie, la dégénérescence sarcomateuse des fibromes, mais qu'en pratique il ne l'a jamais rencontrée ; 2° que Durante et Ruggi ayant *opéré*, ce qui est assurément tout autre chose que d'avoir vu, 230 cas de fibromyômes, n'ont jamais rencontré la dégénérescence sarcomateuse.

De la dégénérescence en cancer, il n'est pas même le cas d'en parler;

pourtant j'ai voulu étudier l'association du cancer avec le fibrome ; elle a été rencontrée :

Pour Bouilly, dans 5 p. 100 environ des cas ;
— Martin, un nombre considérable de fois ;
— Hofmeier, plusieurs fois ;
— Richelot, elle n'est pas rare ;
— Dmitri de Ott, 15 fois environ ;
— Segond, quelques fois ;
— Granville-Bantock, une seule fois,
— Mangiagalli, assez fréquemment ;
— Leopold, plusieurs fois ;
— Durante, deux fois ;
— Gusserow, quelques fois ;
— Alban Doran, deux fois ;
— Küstner, souvent ;
— Ruggi, jamais.

Tout cela démontre, si je ne me trompe pas, que la coïncidence du cancer avec le fibromyôme n'est pas fréquente.

Une affirmation de la plus grande importance, qui n'admet point de doute, nous est donnée par la statistique suivante du professeur Durante, de Rome, publiée en 1895 :

Corps fibreux extirpés, 68	fibromyômes	38
	fibromes	4
	myômes purs	4
	fibromyômes avec dégénérescence myxomateuse	4

De ces 68 corps fibreux, 50 ont été examinés au microscope avec tous les soins possibles et on n'y trouva ni dégénérescence sarcomateuse, ni coexistence de cancer.

Ces données anatomiques précises d'un côté et l'affirmation négative de Richelot, de l'autre, démontrent que la dégénérescence maligne en sarcome est très rare et que la coexistence du cancer avec le fibrome est encore plus rare. Voilà ce qui est très intéressant à fixer.

Les autres modifications des fibromes, que par une mauvaise habitude on taxe de malignes, telles que la *transformation œdémateuse*, la *transformation kystique*, la *torsion du pédicule*, si elles sont, en fait, des

complications dangereuses, n'acquièrent cependant pas un caractère de malignité, au point de tuer la malade sans être à temps pour intervenir. Les symptômes des fibromes constituent aussi une grave complication. Le plus redoutable est l'hémorrhagie. Elle peut être arrêtée par l'électricité, par l'ergotine, par les eaux thermales, etc., etc.

3° *L'utérus myomateux est-il utile?* — L'utérus atteint de fibromyôme non dégénéré, qui n'est pas trop volumineux, ni hémorrhagique, ni cause de douleur, n'est pas du tout un organe inutile; il n'est point une source d'infection, il n'est d'aucun danger. Au contraire, il est utile pour la femme, pour la famille, pour la société et pour la science.

Les fibromyômes petits, non hémorrhagiques, n'empêchent pas la fécondation dans la majorité des cas.

La dernière statistique sur ce point est celle de Hofmeier, que Chrobak approuve; elle donne 30 p. 100 de stérilité des femmes affectées de fibromes utérins.

Doléris, dans un travail paru tout dernièrement, n'accepte pas cette proportion. Il dit justement que le fibrome utérin est une affection de l'âge mûr; il apparaît, par conséquent, le plus souvent chez des femmes qui ont pu concevoir alors qu'elles étaient indemnes de tout néoplasme. Il ne faudrait donc tenir compte que: 1° des cas dans lesquels la tumeur est apparue avant le mariage; 2° de ceux où la tumeur a été constatée pendant la phase génitale active, pour n'inscrire que les événements de la période postérieure à son apparition. Or, de telles statistiques n'existent pas. Quoi qu'il en soit, Doléris, par une foule de circonstances et par un sentiment personnel, croit que la proportion des ménages stériles dans les cas de myomatose chez la femme doit être nécessairement majorée. Soit. Et admettons que cette proportion soit non du 30 p. 100, ainsi que Hofmeier et Chrobak le veulent, mais du 40 à 50 p. 100 comme Doléris veut. Eh bien! il y a toujours de 50 à 40 p. 100 de femmes qui peuvent avoir des grossesses. Mais on dit : toutes les grossesses dans les utérus myomateux n'arrivent pas jusqu'au terme physiologique. Oui, c'est vrai; mais beaucoup y arrivent.

Lusk écrit : « Les fibromes sous-muqueux s'opposent, le plus souvent, à la fécondation, qui est, d'ailleurs, presque toujours suivie d'avortement dû à une métrorrhagie », et Parvin lui répond, que beaucoup de femmes arrivent à terme. Doléris, tout en tenant le milieu, dit que la stérilité est fréquente ainsi que l'avortement et l'accouchement pré-

maturé. En tous cas, beaucoup de femmes peuvent avoir des enfants à terme bien développés et vivants. J'ai pour mon compte plusieurs exemples personnels d'accouchements à terme, ou presque à terme spontanés et artificiels. Cette condition constitue une raison suprême de bonheur pour l'individu aussi bien que pour la famille.

En ôtant l'utérus à une jeune femme, on l'empêche de devenir mère, de ressentir les joies de la maternité ; on détruit assez souvent avec un coup de bistouri tout un poème d'affection, toute une source d'intérêts les plus vitaux. C'est pourquoi je pense que dans les cas où il n'y a pas de troubles ni de dangers, où le fibrome est complètement silencieux, il n'est pas bon de faire de la chirurgie à outrance.

La femme ne vit, en effet, que pour le désir de devenir mère ; pas pour autre chose. Cela est tellement vrai que nous voyons assez souvent des femmes supporter avec la plus grande énergie et courage de très vives souffrances, des femmes qui subissent de graves opérations pour le plaisir seulement d'avoir un enfant.

Rappelez à votre esprit la figure d'une madone de Raphaël ou de Murillo et vous verrez quelle douceur, quelle béatitude sur son visage d'une beauté divine pendant la contemplation de son enfant. Quelle tristesse au contraire n'y a-t-il pas dans les traits d'une femme qui n'a point d'enfant ou qui apprend qu'elle ne peut pas avoir d'enfants !

On pourrait mutiler une femme lorsqu'on serait certain qu'elle mettrait au monde des enfants malades, incompatibles avec la vie, malheureux. La loi de Sparte serait dans ces cas bien appliquée pour la mère et pour l'enfant. Mais il n'est rien de tout cela, car les enfants sont bien conformés, pouvant devenir des hommes illustres, des héros pour la patrie, des bienfaiteurs de l'humanité.

Et puis l'hystérectomie n'est pas une opération innocente ; elle donne toujours une mortalité de 10 p. 100 environ dans les mains des cliniciens les plus habiles, par la voie abdominale (Fritsch, Schauta, Mangiagalli) et de 6,25 p. 100 par voie vaginale (Mangiagalli). Outre la mortalité, l'hystérectomie détermine la stérilité et une foule de troubles nerveux. C'est pour éviter tous ces inconvénients que le traitement conservateur compte chaque jour plus d'adhérents, représentés par des chirurgiens de la plus haute renommée.

Il est évident donc que l'hystérectomie doit être enfermée dans des bornes très étroites, puisque ni la nature du fibrome, ni ses symptômes et ses transformations ne nous autorisent à pratiquer une intervention

radicale. Elle n'est point justifiée dans tous les cas par la seule crainte que le néoplasme puisse plus tard dégénérer.

Non, je le dis tout haut : l'hystérectomie pratiquée dans ces conditions n'est pas un remède, mais elle est, ainsi que le dit Durante, un crime. Ce n'est pas assez, non plus, pour nous imposer un acte opératoire radical, de nous dire que, grâce aux perfectionnements dans la technique et les précautions antiseptiques, l'opération est devenue plus facile et moins grave. Tout cela est bien, mais la mortalité compte pour quelque chose.

Et quand même la mortalité de l'hystérectomie fût *zéro*, elle n'est pas justifiée dans tous les cas ; même les opérations dites bonnes, écrit Mangiagalli, peuvent laisser des traces de souffrances physiques, morales et sociales. Or, de même lorsqu'on cherche, avec mille considérations, à réduire la mortalité, elle est loin d'être *zéro*. Il lui semble qu'une telle conduite est trompeuse et préjudiciable pour la dignité de notre science, puisqu'une telle conduite démontre que nous nous préoccupons plus du succès artistique et opératoire que de notre mission humanitaire.

Il y a un autre point à considérer : le côté scientifique. L'obstétrique et la gynécologie doivent être pratiquées aujourd'hui par la même personne ayant le même but, c'est-à-dire guérir les organes génitaux malades et les conserver pour pouvoir accomplir leur sublime fonction. Agir autrement, créer, en somme, une science gynécologique et une science obstétricale, exercées par deux personnes différentes, avec deux tendances opposées l'une à l'autre, c'est mettre en pratique le plus grand contresens, car la gynécologie enlève l'organe que l'accoucheur a tout intérêt à garder, soigner et faire fonctionner à nouveau !

Extirper d'ailleurs tous les utérus myomateux sans tâcher de les traiter, n'est point faire de la gynécologie rationnelle, scientifique ; ce n'est pas faire progresser la science. Si nos devanciers ne se torturaient pas l'esprit pour trouver des remèdes aptes à guérir une maladie ou s'ils avaient pu extirper tous les utérus depuis longtemps, la science obstétricale n'aurait pas fait les grands progrès qu'elle a faits en théorie, dans ses manuels opératoires, dans la fabrication des instruments assez ingénieux ; nous n'aurions peut-être pas le forceps, l'opération césarienne, la symphyséotomie et toute la série des remèdes qui ont si puissamment contribué à sauver la vie à des milliers et milliers de femmes et d'enfants.

En assistant à l'extirpation d'utérus atteints de petits fibromes qui

ne causent pas d'hémorrhagies, qui ne dérangent pas les malades, nous assistons à la mort de la gynécologie scientifique. Pourquoi, en effet, rechercher des moyens thérapeutiques contre les fibromes, si on doit enlever l'utérus myomateux ? A quels progrès ne sommes-nous pas arrivés dans ces deux dernières années sur la structure et l'étiologie des fibro-myômes ? Nous l'avons vu. Et cela pourquoi ? Parce qu'on pense justement qu'on ne doit pas extirper toujours l'utérus myomateux et qu'il faut trouver ce que c'est que le fibrome pour le traiter.

Voulant tirer maintenant des conclusions, je m'acquitterai en peu de mots.

1° Les fibro-myômes de l'utérus sont de nature bénigne.

2° La malignité de ces néoplasmes est tout à fait clinique, due aux modifications qu'ils subissent et aux symptômes auxquels ils donnent lieu. Cette malignité, quelle qu'elle soit, n'est pas telle qu'elle empêche une intervention utile et à temps.

3° L'utérus myomateux n'est pas toujours dangereux, au contraire, permet-il la fécondation dans un grand nombre des cas et l'accouchement spontané et artificiel à terme ou près du terme avec des enfants vivants et bien conformés; il peut être très utile pour l'individu, pour la famille, pour la société et pour la science.

4° Les fibromes qui sont silencieux peuvent être respectés; ceux qui causent des symptômes doivent être soignés par l'électricité, l'ergotine, les eaux thermales, la myomectomie.

5° L'hystérectomie doit être pratiquée dans un très petit nombre de cas, *quand on ne peut pas faire autre chose.*

L'hystérectomie donc pratiquée systématiquement dans tous les cas de fibromes de l'utérus, quels que soient leur nombre, leur volume, leur siège et leur condition anatomique, n'est pas rationnelle.

Oter le fibrome, ainsi que le veulent Ricard, Mangiagalli, Martin, Pozzi, Segond, Laquerrière et tout dernièrement Ozenne et une foule d'autres chirurgiens, c'est bien, mais ôter toujours l'utérus, non. Cela peut être un crime moral et matériel.

Séance du 6 août (matin).

Cette séance a été entièrement consacrée à des projections et à des démonstrations de pièces, faites par MM. Cullen (de Baltimore) et Léopold (de Dresde).

Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

— **Thomas S. Cullen** (Baltimore). — Cette communication consiste surtout dans des projections lumineuses des premières étapes du cancer de l'utérus. L'auteur s'est trouvé dans des conditions éminemment favorables d'observation, ayant pu examiner systématiquement tous les cas qui se sont présentés au « Johns Hopkins Hospital » durant les sept dernières années.

Il admet quatre variétés de cancer de l'utérus :

1) Carcinome du col à cellules squameuses;

2) Adéno-carcinome du col ;

3) Adéno-carcinome du corps;

4) Carcinome du corps à cellules squameuses (très rare).

A propos du cancer à cellules squameuses, il traite succinctement du néoplasme en chou-fleur précoce et décrit la transition graduelle de l'épithélium normal à l'épithélium morbide.

Il consacre quelques mots à l'étude de l'adéno-carcinome du col, particulièrement à celui qui évolue au voisinage de l'orifice interne; en d'autres termes, à celui dont le siège échappe à la vue.

La partie principale du travail est consacrée à l'étude de l'adéno-carcinome du corps, parce que cette variété est plus traitable, et que son diagnostic clinique est plus difficile. L'auteur fait passer sur l'écran des spécimens nombreux de carcinome au début et, entre autres, un exemple qui illustre bien les différentes phases du néoplasme. Immédiatement au-dessus de l'orifice interne, il y a des bourgeons comme de petites épines, bourgeons qui, plus haut, sont fins et plus nombreux, au point que dans la portion supérieure de l'utérus ils arrivent à recouvrir toute la surface utérine, et fusionnent de façon à constituer une masse solide. L'auteur montre aussi des planches histologiques de ce cas. Ces prolongements, ces fines pointes néoplasiques sont entièrement formés de petits bourgeonnements épithéliaux, entourés d'une surface épithéliale normale. Les traînées les plus larges contiennent un axe de stroma et présentent quelques ramifications, tandis que les portions les plus solides du néoplasme sont presque entièrement composées de masses homogènes d'épithélium avec tout juste assez de stroma pour assurer l'apport sanguin. Cullen montre encore des images, des reproductions de produits de raclage sur l'examen desquels fut édifié le diagnostic ; dans un des cas le diagnostic fut posé sur la constatation d'une petite masse de cellules atypiques. Un des points les plus inté-

ressants fut la description des altérations des éléments cellulaires en bordure de l'adéno-carcinome ; l'épithélium n'est pas normal, mais il n'est pas cancéreux ; il présente des altérations qui ne se rencontrent qu'au voisinage de l'adéno-carcinome. L'auteur consacre ensuite un certain temps à l'examen du diagnostic différentiel, mettant en relief un certain nombre de modifications anatomiques très intéressantes et très suggestives, propres à l'endométrite. Il insiste aussi longuement sur les dangers de confondre l'hypertrophie glandulaire et l'adéno-carcinome.

Recherches sur l'étiologie du cancer et les blastomycètes pathogènes.

— **Léopold** (Dresde). — L'orateur a continué jusqu'à présent, les recherches qu'il avait commencées au printemps 1894 avec le Dr Rosenthal, son assistant à cette époque, sur la composition du tissu carcinomateux, à l'aide de pièces fraîches, afin de réussir à trouver l'agent du carcinome.

Déjà en 1894 et 1896 ils avaient été trouvés dans du carcinome frais, les petits corps vitrés qui se rencontrent dans les différents carcinomes et qui ne peuvent être confondus avec des cellules, des cocci ou d'autres parasites ; on observait d'une manière régulière et nette leur reproduction.

Les pièces fraîches de carcinome, principalement, étaient examinées dans une gouttelette et dans des milieux stériles à l'aide d'un microscope chauffé, construit dans ce but ; ce microscope était installé de telle façon que l'on pouvait observer immédiatement les préparations fraîches de carcinome et au delà de deux cents jours, sans qu'il soit possible d'y déceler le moindre agent de putréfaction. On voyait les alvéoles occupant la première ligne (avant-postes) remplis de petites boules brillantes transparentes qui rappelaient les blastomycètes connus jusqu'à présent. Peu à peu on réussit à obtenir des cultures de blastomycètes provenant de carcinome humain, ainsi que des tumeurs développées expérimentalement chez l'animal par des implantations de carcinome humain et de cultures de blastomycètes.

Plus de cent carcinomes, surtout de l'utérus, des ovaires, des trompes, du sein, du péritoine, etc., furent successivement pris pour ces recherches.

Les carcinomes ulcérés furent totalement exclus, par principe. L'examen des pièces ne comprenait que les parties le plus en avant dans

l'organe (avant-postes). L'observation suivait immédiatement après l'opération, dans un liquide stérile, avec des instruments et des objets stériles. Le matériel recueilli au cours des opérations était aussitôt enveloppé de gaze stérile et préparé pour l'examen, le plus vite possible après l'intervention.

Le microscope, que l'on peut chauffer, est construit de telle façon que l'on y maintient une température constante de 37°,5 à 38°. Il était ainsi possible d'étudier des pièces fraîches suspendues dans du bouillon stérile, du sérum sanguin stérile, ou bien de l'eau salée bouillie, et cela plusieurs jours de suite (jusqu'à deux cents jours et au delà) à la température constante du corps humain.

Le tissu carcinomateux frais n'était pas seulement examiné dans un liquide nutritif stérile, mais aussi, d'après Busse et Sanfelice, dans une solution de soude et de potasse caustiques. Les blastomycètes ne sont pas modifiés dans ces milieux.

Pour l'ensemencement de cultures on n'employait que du tissu carcinomateux frais après avoir vérifié la pureté à l'aide d'une gouttelette. C'est la gélatine légèrement acidifiée qui s'y prêtait le mieux.

Pour l'inoculation à des animaux, on introduisait principalement du tissu frais (provenant des parties qui sont le plus en avant, les avant postes) dans la cavité abdominale de rats, de cochons d'Inde et de lapins; plus tard on injecta également des cultures de blastomycètes qui avaient été prélevées sur des carcinomes humains, en partie dans la cavité abdominale, en partie en injection sous-cutanée, dans les testicules et les mamelles de rats, de lapins et de cochons d'Inde.

En outre, on soumit également, pour démontrer l'existence des blastomycètes, du tissu carcinomateux frais à la fermentation alcoolique en dissociant finement de petits fragments de carcinome frais dans du bouillon stérile et une solution stérile de sucre de raisin dont le mélange était placé dans un verre en U. Après un certain temps on pouvait constater, dans ce mélange contenant des blastomycètes, la présence d'alcool qui s'était formé dans le vase aux dépens de la solution sucrée.

Enfin, il faut également faire des recherches microscopiques sur des fragments de carcinomes durcis. *Mais elles réclament la plus grande circonspection et ne permettent de tirer aucune conclusion certaine sans examen de pièces fraîches, sans ensemencement et sans production de cultures.*

C'est avec l'hématoxyline et la fuchsine phéniquée que la coloration réussit le mieux.

Voici les observations que l'on put faire à l'aide de ces procédés :

1° On voyait, dans le tissu frais, suspendu au milieu d'une gouttelette, et cela dans presque chaque néoplasme malin, des éléments brillants, en partie ronds, en partie en forme de biscuit, dont on pouvait très bien constater la reproduction et la « segmentation ». Ces éléments, qui n'étaient pas à confondre avec des cocci ou des cellules dégénérées, ne pouvaient être considérés que comme des blastomycètes par le fait qu'ils n'étaient pas modifiés dans une solution de soude et de potasse caustiques, d'acide chlorhydrique et d'acide nitrique.

Après beaucoup d'essais on parvint à obtenir d'un tissu carcinomateux frais de quatre néoplasmes malins de l'homme des cultures pures de blastomycètes et, en premier lieu, d'un cancer de l'ovaire après le quatrième ensemencement;

2° D'un carcinome bilatéral des ovaires, après le sixième ensemencement;

3° D'un cancer du sein et des ganglions de l'aisselle après le sixième ensemencement ;

4° D'un cancer de l'utérus après le troisième ensemencement;

Dans plusieurs cultures on voit des blastomycètes se présentant sous forme de cellules régulièrement rondes, parfois ovales, d'une grandeur de 1 à 3 d, avec un noyau central ou périphérique.

Quant à ce qui concerne l'inoculation du tissu cancéreux frais à l'animal, il est tout à fait important de rappeler qu'un lapin, à qui l'on avait inoculé du tissu carcinomateux frais, en 1894, dans la cavité abdominale, a succombé quatre ans après. Le foie et les poumons étaient remplis de plusieurs noyaux, atteignant la grosseur d'une noisette, gris blanchâtre, et qui se présentaient à l'examen microscopique comme une nouvelle formation épithéliale absolument atypique et contenant une grande quantité de blastomycètes.

On réussit aussi à inoculer à des animaux des blastomycètes, qui avaient été prélevés sur du carcinome humain. On injecta à un rat, dans les testicules, une culture de blastomycète diluée dans du bouillon stérile. L'animal mourut cent cinquante-neuf jours après. La cavité abdominale était remplie d'ascite sanguinolente et d'une grande quantité de noyaux, de la grosseur de granulations miliaires jnsqu'à celle de petits pois, qui se présentaient comme des cellules géantes de sarcome à l'examen microscopique et contenaient un grand nombre de blastomycètes.

On peut également prélever de ces noyaux des cultures de blasto-

mycètes aussi pures que celles qui avaient été obtenues pour le carcinome humain.

Voici donc la chaîne d'expériences que M. Léopold possède jusqu'à présent :

1° Dans un cancer de l'ovaire, frais, furent trouvés des blastomycètes ;

2° On peut obtenir des cultures pures de blastomycètes, de ce tissu carcinomateux frais ;

3° L'injection de cette culture pure dans les testicules d'un rat permit de découvrir un grand nombre de noyaux péritonéaux, auxquels l'animal succomba, ainsi qu'une masse de blastomycètes dans les pièces fraîches comme dans les pièces durcies ;

4° Les blastomycètes, prélevés sur ces noyaux récents donnent encore des cultures pures.

En conséquence, il n'y a plus de doute que les blastomycètes peuvent être la cause de néoplasmes malins chez l'homme et que, inoculés de l'homme à l'animal, ils donnent également lieu à un néoplasme chez les animaux, néoplasme auquel doit succomber le porteur.

Séance du 7 août (matin).

Thérapeutique chirurgicale du prolapsus utéro-vaginal.

— **F. Terrier** (Paris). — L'abaissement de l'utérus, avec ou sans cystocèle et rectocèle, forme, comme le dit Trélat (1), un ensemble de lésions assez caractéristiques et justiciables de la chirurgie.

Comme le remarque Pozzi (2), il s'y joint souvent l'hypertrophie et l'allongement du col utérin.

Sans nous arrêter sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces lésions, nous ferons remarquer cependant qu'elles peuvent être divisées en un certain nombre de catégories :

1° La procidence du vagin seule, se subdivisant en *cystocèle* et *rectocèle ;*

---

(1) M. Trélat. *Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme. Annales de gynécologie*, t. XXIX, p. 321.

2) S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, ch. III, p. 557-558, 3e édit., 1897.

2° La procidence du vagin, avec *prolapsus utérin* et élongation hypertrophique *primitive* ou *secondaire* de la portion sus-vaginale du col;

3° La procidence de l'utérus et du vagin *sans hypertrophie* du col.

Mais là ne se bornent pas toujours les accidents des prolapsus génitaux chez la femme. Souvent on observe du côté de l'utérus, et plus encore du côté des annexes, des lésions qui viennent singulièrement compliquer les choses et entraver la guérison de ces infirmités véritables.

Le traitement chirurgical est de beaucoup préférable au traitement, dit palliatif, par les pessaires; ce traitement trop souvent n'est non seulement pas palliatif, mais aggrave la situation des malades; nous l'avons observé nombre de fois.

Le chirurgien doit se proposer : 1° soit de constituer aux parties prolabées un point d'appui du côté vaginal, vulvaire et périnéal;

2° Soit de soulever et maintenir en haut l'utérus;

3° Voire même l'ablation totale ou partielle de l'utérus prolabé (hystérectomie).

A cet égard nous ferons remarquer de suite que l'hypertrophie sus-vaginale du col, étudiée surtout par Huguier, ne nécessite pas autant qu'on peut le croire l'ablation du col malade. S. Pozzi considère cette ablation comme une sorte d'opération préliminaire, tout à fait nécessaire, ce qui ne nous semble pas démontré absolument, comme nous le remarquerons plus loin.

D'habitude le chirurgien, qui se propose de traiter un prolapsus génital chez la femme, commence par s'efforcer de constituer un point d'appui inférieur, en agissant sur le col, les parois vaginales et le périnée.

On pratique donc soit l'ablation sus-vaginale du col, s'il y a lieu; puis la colpo-périnéorrhaphie, par les divers procédés connus ou plutôt vulgarisés de Hegar, Martin, Lawson Tait, etc.

Le procédé utilisé dépend surtout de préférences individuelles, je n'y insiste pas.

Est-ce à dire que les résultats obtenus ont toujours été excellents? Nous ne le croyons pas, et ne voyons-nous pas le professeur Léon Lefort préconiser et exécuter le cloisonnement du vagin, pour combattre le prolapsus utéro-vaginal.

Certes, cette méthode n'a pas rencontré beaucoup d'imitateurs; mais elle prouve que l'on a cherché à perfectionner et à rendre plus efficaces les procédés déjà connus et généralisés. Si le point d'appui

inférieur tient et maintient les parties, le chirurgien devra se trouver très satisfait et peut arrêter là son plan opératoire.

Mais j'ai souvent constaté qu'il n'en était pas ainsi, et l'insuffisance de ce point d'appui inférieur n'a pas besoin d'être démontrée, en particulier quand les lésions utérines s'accompagnent d'hypertrophie du col, de déviation plus ou moins immobilisée par des adhérences, de lésions annexielles et péri-utérines telles que des salpingites, faciles à développer par suite des métrites liées presque fatalement au prolapsus un peu accusé.

Dans ces cas on s'est efforcé de soulever l'utérus ou de le fixer en haut. On fait l'*Alquié-Alexander*, opération fort discutable, ou mieux, selon moi, la *gastro-hystéropexie*.

S. Pozzi croit que l'hystéropexie n'a aucun avantage sur le raccourcissement des ligaments ronds (Alquié-Alexander). Je suis loin de partager cette opinion, et voici surtout pourquoi : c'est que l'hystéropexie permet de pratiquer un examen parfait de la cavité du bassin, de l'utérus et de ses annexes.

Tout en fixant l'utérus, on peut détruire des adhérences, s'il est en rétroflexion ; sacrifier un ovaire ou les deux, s'ils sont lésés ; examiner les trompes malades, et les traiter en conséquence ; enlever un myôme utérin, passé inaperçu.

Pour nous, donc, l'hystéropexie n'est pas à comparer à cette autre opération destinée à redresser l'utérus, voire même à le maintenir en place. Car, je le répète, elle permet d'abord l'examen des parties par la cavité abdominale ; puis elle remédie aux complications péri-utérines et péri-ovariennes ; enfin elle fixe en haut l'utérus abaissé.

Pratiquée seule, nous ne croyons pas qu'elle soit suffisante dans bien des cas ; mais *combinée* aux opérations du col, du vagin et du périnée, elle nous a donné d'excellents résultats.

Seulement nous n'avons pas procédé comme le conseillent la plupart des gynécologistes, au moins les classiques.

Le premier temps de notre intervention a été la laparotomie exploratrice sus-pubienne, afin de liquider la question des adhérences, des versions ou flexions, des inflammations péri-utérines et péri-ovariennes.

Cette laparotomie est suivie de l'hystéropexie abdominale.

Ceci acquis, nous soumettons nos malades à un repos au lit d'au moins trois semaines. L'opération de la fixation qui élève l'utérus et le repos ont souvent pour résultat un fait très appréciable et très

apprécié : c'est la diminution du volume de l'utérus et, par conséquent, de la fameuse hypertrophie susvaginale d'Huguier.

Comme je l'ai déjà dit, cette première opération n'est pas suffisante et notre 1re observation le démontre parfaitement,

Aussi procédons-nous aussitôt que possible à la 2e opération, c'est-à-dire à l'opération *plastique* vagino-périnéale.

Il faut d'autant plus insister sur ce point que la fixation de l'utérus soulage tellement les malades que celles-ci ont peine à accepter une seconde intervention qui leur paraît, à tort, superflue.

Ce qui, nombre de fois, peut être évité, c'est la résection de la portion susvaginale du col — primitive ou secondaire, dit-on, — pour nous toujours secondaire et due au prolapsus.

En résumé, dans tout *prolapsus utéro-vaginal* je conseille pour obtenir un bon résultat persistant :

1° La laparotomie exploratrice — permettant l'examen du bassin, de l'utérus et des annexes — suivie de l'hystéropexie abdominale antérieure ;

2° La colpo-périnéorrhaphie antérieure ou postérieure, avec périnéorrhaphie, comme opération *nécessaire* ultérieure maintenant le résultat primitif obtenu par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

De l'opération d'Alquié, Alexander, Adams pour le traitement des rétro-déviations mobiles des prolapsus utérins.

— **A. Eberlin** (Moscou). — L'opération proposée en 1810 par Alquié et réalisée pour la première fois sur le vivant par Alexander ne put pendant longtemps obtenir droit de cité en gynécologie. La cause en était l'étude insuffisante de la technique ; il en résultait une recherche infructueuse du ligament ou sa rupture pendant l'opération, et, comme résultats opératoires, des récidives de la maladie ou des hernies inguinales. Pendant que d'autres méthodes opératoires, comme l'hystéropexie abdominale antérieure, la vagino-fixation, la vésico-fixation, etc., étaient bien répandues, l'opération d'Alquié était tombée un moment presque dans l'oubli. Mais elle est entrée dans la seconde phase de son évolution depuis que, après avoir bien étudié la technique, on a commencé, pour la recherche du ligament, à ouvrir le canal inguinal (Edebohls (1), Kocher (2), en Russie les professeurs Snéguirew et Goubarew) (3), et qu'une série de recherches anatomiques ont

démontré que le ligament rond existait toujours et était assez développé pour pouvoir maintenir la matrice dans la position régulière qu'on lui donnait (Manrique (4), Beurnier) (5). Le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds utérins, l'opération d'Alquié, Alexander, Adams est beaucoup moins dangereuse que les autres méthodes opératoires où l'on ouvre la cavité péritonéale ; en outre, comme l'expérience clinique le démontre, elle n'entraîne pas pendant la grossesse et les couches les complications quelquefois dangereuses que l'on observe à la suite d'autres opérations, ses rivales. Avec cette opération il est le plus facile de donner à la matrice une position tout à fait régulière, pourvu qu'on ne raccourcisse pas trop le ligament, ce qu'il est impossible d'obtenir dans l'hystéropexie ou vagino-vésico-fixation où une position défectueuse est remplacée par une autre non moins irrégulière ; l'opération d'Alquié corrige, en outre, la position des ligaments larges en masse et, simultanément, la situation des annexes si elles sont abaissées, sans aucunement troubler la fonction vésicale, à condition que l'on ne dépasse pas les limites du raccourcissement nécessaire et que l'on ne crée pas d'antéversion pathologique. Étant données les études complètes faites dans ces dernières années, on peut dire que si, pendant l'opération, on ouvre toujours le canal inguinal, c'est-à-dire si on incise l'aponévrose du muscle grand oblique, il est impossible, avec une certaine habitude, de manquer le ligament. Je dis avec une certaine habitude, car un débutant risque de ne pas trouver le ligament : c'est que, en effet, des exercices préalables sur les cadavres sont nécessaires et il vaut mieux avoir fait soi-même cette opération, ne fût-ce qu'une fois, que d'avoir vu les autres opérer plusieurs fois. Si les uns considèrent le premier acte de l'opération, c'est-à-dire la recherche du ligament, comme très difficile, et d'autres très facile, je crois, moi, que la vérité est entre les deux et parmi toutes les conditions spécifiées par différents auteurs pour la recherche la plus sûre et la plus rapide du ligament, il faut en retenir deux : 1) une connaissance approfondie de l'anatomie topographique du canal inguinal ; 2) l'ouverture de l'aponévrose du grand oblique. Le succès de ce premier acte est complètement assuré depuis que les gynécologistes chirurgiens, au lieu de chercher le ligament à l'orifice externe du canal, ont commencé à ouvrir le canal lui-même.

Vient ensuite le deuxième acte opératoire, la séparation du ligament d'avec les tissus environnants, lequel acte est également perfectionné à présent bien suffisamment. Si, auparavant, le ligament se déchirait

si souvent pendant sa séparation, c'est parce que l'on prenait le bout périphérique, le plus mince, mais depuis que l'on a commencé à ouvrir le canal inguinal et à isoler la partie centrale, l'épaisse, du ligament, les cas de rupture sont devenus extrêmement rares, surtout si l'on se sert, pour maintenir le ligament, de doigts au lieu d'instruments : la direction centripète, si l'on peut ainsi dire, a rendu ici un grand service. Mais ce n'est pas tout. Nous devons particulièrement prêter notre attention au moment terminal du deuxième acte de cette opération, savoir : à la séparation du ligament rond d'avec le conus peritonei. Pendant mes recherches sur plus de 40 cadavres (aux deux hôpitaux de la ville et aux salles d'anatomie de l'Université de Moscou qui avaient pour prosecteur M. Goubarew, actuellement professeur d'obstétrique et de gynécologie), j'ai pu me rendre compte qu'il était solidement fixé au ligament rond, dans la région de l'orifice interne du canal inguinal, un prolongement de fascia transversalis appelé par le professeur Goubarew *fascia infundibuliformis ligam. rotundi uteri*. Étant la *continuation* du fascia transversalis qui couvre le péritoine pariétal, ce prolongement, à l'orifice interne, passe dans le canal inguinal où il couvre sur une certaine étendue le ligament rond sous forme d'un entonnoir qui se rétrécit vers l'orifice externe du canal. La portion la plus épaisse de cet entonnoir se trouve au demi-anneau interne (6). Pour découvrir ce fascia infundibuliformis il faut séparer toutes les couches de la paroi abdominale jusqu'au fascia transversalis, et attirer dedans (vers la ligne médiane) le sac péritonéal avec tous les viscères y contenus. En faisant l'opération d'Alquié sur le cadavre et en contrôlant le résultat par la laparotomie, je me suis persuadé que si fortement que l'on tende le ligament rond, l'utérus n'abandonne pas la rétroposition, situation habituelle au cadavre placé sur le dos, tant que l'on n'ouvre pas le conus peritonei avec le fascia infundibuliformis qui le couvre. Autrement, lorsqu'on tire sur le ligament rond, le processus infundibuliforme, se tend et l'on voit à travers le mince péritoine transparent le fascia transversalis se tendre suivant toute la ligne innominée et au-dessus; quant à l'utérus, il reste, comme avant, en rétroposition. Mais si l'on sépare avec soin le fascia infundibuliforme d'avec le ligament rond, le péritoine pariétal se détache facilement comme un doigt de gant, du péritoine viscéral, qui revêt le ligament; il s'en faut que le péritoine soit toujours blessé dans ce cas. Ces particularités anatomiques constituent, j'en suis convaincu, le point capital dans la

question de la meilleure technique opératoire ; quant aux autres détails, ils n'ont pas, sauf la réunion soignée de la plaie suivant le procédé de Bassini, de bien grande importance. En effet, il faut, pour le succès opératoire, que les cornes utérines soient relevées et rapprochées de la paroi abdominale, mais on ne le peut obtenir qu'en coupant le conus peritonei avec le fascia infundibuliformis (comme le propose Heinrich) (7), ou en séparant avec des ciseaux le fascia infundibuliformis et en écartant avec les doigts le péritoine pariétal (ainsi font les professeurs Snéguirew, Goubarew, et moi dans bien des cas). Ici je dois faire remarquer que parfois, malgré toutes les précautions prises, le péritoine pariétal, en se déplacant, se déchire : peut-être est-il alors fortement adhérent au péritoine viscéral. Mais le malheur n'est pas grand : avec l'asepsie, condition *sine qua non* de toute opération, les déchirures péritonéales sur une petite étendue ne présentent aucun danger. Il n'en est pas de même des cœliotomies où on ouvre la cavité abdominale.

En rapport avec la séparation plus ou moins parfaite du ligament rond dans la région du conus peritonei se trouvent, selon nous, la question de récidives et celle de hernies. Ainsi Rumpf et Kümmel n'ont pas rencontré une seule récidive sur un très grand nombre de cas revus longtemps après l'opération. Moi, sur 24 cas, je n'ai eu qu'une récidive (cas 6) et cela dans un cas où le ligament rond n'avait pas été bien séparé d'avec le conus peritonei et où une tendance pour retroversio uteri a déjà été notée, dix jours après l'opération, aussitôt l'anneau enlevé. Ce cas unique ne fait que confirmer la règle générale.

La question de hernies s'y rattache intimement. En opérant sur le cadavre on peut voir que le ligament rond, étant tendu, tire le péritoine qui, en faisant saillie dans le canal inguinal, y force le conus peritonei, et du côté de la cavité abdominale, la partie concave de l'entonnoir qui prédispose aux hernies. Voilà pourquoi, lorsqu'on operait suivant le procédé d'Alexander, sans tâcher de se débarrasser du conus peritonei, la complication de hernie n'était pas bien rare, surtout que les tissus n'étaient pas réunis par des sutures hermétiques dans la région de l'orifice interne. Mais à présent où l'on isole avec soin le ligament d'avec le conus peritonei et on suture les tissus selon le procédé de Bassini, il ne peut être question de hernie. Rumpf (8), Kummel (9) et d'autres qui disposaient d'un grand nombre de cas revus ultérieurement, n'ont jamais observé de hernie malgré plusieurs grossesses passées et je suis complètement d'accord avec Rumpf lorsqu'il

dit que si l'on réunit soigneusement comme le préconise Bassini, la région en question sera après l'opération encore plus garantie contre toute hernie qu'avant. Zweifel (10) a vu, sur 136 cas, deux fois seulement, des hernies et justement là où le conus peritonei n'avait pas été ouvert, et, par contre, il n'y a pas eu de récidive de hernie après une herniotomie faite en même temps que le raccourcissement des ligaments. De pareils cas heureux de herniotomie ont été observés par Fritsch (11) (2 fois).

Je ne m'étendrai pas sur l'influence qu'a l'opération sur la marche de la grossesse et du travail, ni sur la possibilité de récidive après les couches. Tous les auteurs sont unanimes que l'opération d'Alquié-Alexander n'influence en rien le cours normal de la grossesse et du travail, sinon des douleurs que les femmes n'accusent que rarement dans la région de la cicatrice pendant la deuxième moitié de la grossesse. Si l'on observait parfois des fausses couches ou des accouchements prématurés, l'étude impartiale de chaque cas montrait toujours que l'opération faite antérieurement n'était pour rien dans l'interruption de la grossesse. On n'a pas vu non plus de récidive de maladie même après des grossesses réitérées (Alexander, Rumpf, Kümmel et beaucoup d'autres). Mes observations personnelles le confirment parfaitement. Mais avant de les citer, je dirai qu'en Russie l'opération d'Alexander se pratique, avec la modification moderne, c'est-à-dire avec l'ouverture du canal inguinal, surtout à Moscou, par le Prof. Snéguirew, Goubarew, par les Drs Chalafow et Savinow (à l'hôpital Schérémétiew), enfin par moi à l'hôpital Galitzine. Tous les auteurs cités sont très satisfaits des résultats obtenus. Depuis 1897, où j'avais commencé à faire cette opération, je compte jusqu'au mois dernier 24 cas, dont 15 cas de rétrodéviation et 9 cas de prolapsus. L'âge des malades était de 20 à 47 ans. Les symptômes les plus constants de la rétrodéviation étaient, d'après mes observations, de la dysménorrhée et des douleurs dans la région sacrée. Sur ces 24 malades, 5 n'ont jamais eu d'enfants, une a eu une fausse couche, et les autres 18 ont eu 1-6 grossesses. Presque toutes les malades se sont fait soigner, avant l'opération, par les pessaires, le massage, etc., mais ne voyant pas d'amélioration, sont venues à l'hôpital pour subir l'opération. A certaines malades avant le raccourcissement des ligaments, j'avais fait le curettage, la discission du col conique, etc. et dans le prolapsus la colporrhaphie antérieure et postérieure, l'opération de L. Tait. Les suites post-opératoires étaient les meilleures : dans 22 cas il n'y a pas eu d'élévation de température ;

21 fois une légère suppuration. Toutes les opérées guéries ont été revues après l'opération, 19 malades dont :

5.....	au bout de	2 — 3 ans.
2.....	—	1 — 2 ans.
6.....	—	5 — 7 mois.
6.....	—	1 — 4 mois.

L'opération a produit chez toutes l'effet le plus favorable sur les symptômes, tels que dysménorrhée, dyspareunie, mal aux reins, constipation. Cinq malades sont devenues enceintes bientôt après l'opération ; une d'elles avait été stérile pendant cinq ans. Chez une des opérées il y a eu une fausse couche par cause accidentelle (intoxication). Les 4 autres sont accouchées à terme d'enfants vivants ; une d'elles est même accouchée 2 fois. L'accouchement s'est toujours bien passé sans intervention obstétricale et l'utérus, plusieurs mois après, avait toujours chez elles sa position normale.

Pour ce qui est de la technique opératoire, je ne dirai que brièvement que j'ai toujours ouvert le canal inguinal à son orifice interne et séparé avec soin le prolongement du fascia transversalis d'avec le ligament parfois à l'aide des doigts, plus souvent aux ciseaux ; quelquefois j'ai pu le faire sans blesser le péritoine, mais dans la plupart des cas ce dernier se déchirait.

Pendant la suture (un seul étage de fils de soie pour toutes les couches) j'ai tâché de prendre le péritoine pariétal avec.

J'ai enlevé les fils le huitième jour. Les malades gardaient le lit pendant une quinzaine ; les premiers jours elles recevaient de l'opium. Dans mes premières opérations, j'avais l'habitude de mettre immédiatement l'anneau de Hodge, que je retirais à la sortie des malades ; ensuite j'ai cessé d'employer le pessaire, et à l'heure qu'il est, dans le but de bien fixer la matrice et d'empêcher la tension des ligaments ronds pendant les vomissements, la toux, etc., j'introduis, aussitôt l'opération terminée, dans le cul-de-sac antérieur, un tampon vaginal que je retire au bout de deux jours.

Vu la nécessité d'isoler le ligament à l'orifice interne du canal inguinal j'ai tâché dans tous les cas d'immédiatement tomber sur l'orifice interne où précisément j'ouvrais le canal inguinal. Comme il n'existe pas de point de repère pour l'incision cutanée, je me guidais pour cela sur la connaissance de la topographie de la région à la suite des recherches sur le cadavre mentionnées plus haut. Il arrivait de trou-

ver d'un côté rapidement le ligament et de l'autre après de longues recherches seulement, après quoi on s'apercevait que les incisions n'étaient pas symétriques. Encore en 1887, Zajaitzcky (12) voulant la symétrie des incisions, avait proposé un instrument mensurateur, à l'aide duquel on pourrait diriger les deux incisions sous le même angle ; mais cet instrument, qui n'est resté que sur le papier, l'auteur lui-même l'avait bientôt trouvé inutile (13) ; en effet, il ne suffit pas que les deux incisions soient symétriques, mais il faut que chacune d'elles corresponde à la direction du canal inguinal, sans que l'on soit obligé de rechercher le tubercule, lequel est presque impossible à sentir chez les sujets gras.

L'instrument dont je me sers avec avantage et que j'ai l'honneur de vous montrer sert à donner une bonne direction à l'incision cutanée. Je l'ai appliqué dans mes derniers 8 cas avec succès : 2-3 minutes après l'incision cutanée faite, je trouvai le ligament.

Il reste trois voies pour la recherche du ligament : 1) On peut mettre à nu l'orifice externe du canal inguinal et de là ouvrir ce dernier. 2) On peut, sans chercher l'orifice externe, couper suivant la concavité du ligament de Poupart et de là arriver au ligament. 3) On peut, enfin, ouvrir le canal inguinal à son orifice interne. Tous les chemins mènent à Rome, c'est-à-dire au ligament rond. Bien que moi, j'aie choisi le troisième, je dois dire que le choix importe peu, pourvu que le chemin préféré soit bien étudié.

Quelques mots sur les indications de l'opération. L'expérience m'a appris que la rétrodéviation mobile non compliquée d'inflammation des annexes, du tissu cellulaire et du péritoine pelvien donnait assez souvent lieu à des symptômes pénibles, et si dans ces cas le massage, ni les pessaires ne produisent d'effet, l'indication de l'intervention chirurgicale est hors de doute.

En me basant sur les données bibliographiques et sur mes propres observations, je me permets de formuler les conclusions suivantes :

1) De toutes les méthodes opératoires, employées pour le traitement des rétrodéviations mobiles et du prolapsus utérin, le raccourcissement des ligaments ronds à travers le canal inguinal est la plus rationnelle, parce qu'elle est de toutes la moins dangereuse et qu'en même temps fait disparaitre sûrement et complètement la maladie en question.

2) L'opération réussit toujours, avec une technique bien conduite.

3) La voie la seule sûre pour rechercher le ligament rond c'est de découvrir le canal inguinal.

4) L'opération ne donne lieu à aucune complication ni obstacle pour les grossesses et les accouchements ultérieurs et ces derniers ne diminuent en rien le résultat opératoire.

5) Lorsque l'on a bien soin de réunir méthodiquement dans la plaie les couches superposées, le danger de formation consécutive de hernie n'existe pas.

6) La séparation attentive du ligament rond d'avec le cône péritonéal dans l'orifice interne du canal inguinal est d'une importance capitale pour assurer le succès de l'opération et pour éviter la hernie consécutive.

7) Il serait à désirer que les auteurs donnassent le plus de renseignements possible relativement aux résultats éloignés de l'opération.

Bibliographie. — (1) EDELBEHL. *New-York med. journ.*, 1890. Oct. 11. — (2) KOCHER (Lanz). *Archiv für Gynækol.*, 1894. — (3) SNEGUIREW et GOUBAREW. V. *Les hémorrhagies utérines*, par le professeur Snéguirew. 3e édition. — (4) MANRIQUE. *Étude sur l'opération d'Alexander*, Paris, 1885. — (5) BEURNIER. *Ligaments ronds de l'utérus*, Paris, 1886. — (6) V. le dessin V du chapitre d'anatomie dans *Les hémorrhagies utérines* par le professeur Snéguirew, 1900. — (7) HEINRICH. *Centr. f. Gyn.* N. 26. 1897. — RUMPF. *Archiv, für Gyn.*, 1899. p. 424, u. 460. — (9) KUEMMEL (Schultz). *Beiträge zur klin. Chirurgie*, Bd 23, Heft III, 1899. — (10) ZWEIFEL (Krœnig et Feuchtwanger). *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1900. Bd XI, Heft 4. — (11) FRITSCH. *Centr. f. Gyn.* N. 3, 1897. — (12) ZAJAITZCKY. *Travaux de la Société d'obstétr. et de gyn. de Moscou*, 1887. — (13) *Revue de Médecine* (Russie), 1889, n° 1.

Rétrodéviations et hystéropexie vaginale.

— **Fournier** (Amiens). — Le travail que voici est destiné à signaler l'importance en gynécologie des rétrodéviations utérines et à préciser les indications de l'hystéropexie vaginale : c'est le compte rendu de mon opinion personnelle, basée sur ma pratique de la gynécologie.

I. **Rétrodéviations.** — Un quart des femmes atteintes d'affections génitales, ont de la rétrodéviation de l'utérus. Ce déplacement de l'utérus est le plus dangereux qui se puisse rencontrer, car il détermine très souvent des complications inflammatoires graves, utéro-annexielles. Si les femmes qui en sont atteintes ne souffrent pas encore, on les néglige ; si elles souffrent peu, on leur applique des

pessaires ; si elles souffrent trop, on enlève leurs organes. Telles sont les 3 phases par lesquelles elles passent consécutivement, telle est la thérapeutique surannée qu'on leur applique trop fréquemment. Indifférence, pessaires, hystérectomie, voilà les moyens trop souvent encore employés. Permettez-moi de vous rappeler la marche de ces rétrodéviations.

Dans une première phase, pas de douleurs, l'utérus est mobile, la malade ignore souvent son affection. Cela peut durer des mois et des années, car il suffit qu'aucun germe nocif ne pénètre dans la cavité utérine. Malheureusement ces microbes, plus ou moins pathogènes, se rencontrent souvent et l'utérus renversé, plié à l'envers, devient pour eux un terrain si favorable qu'ils y cultivent volontiers; si bien que la métrite nous apparaît comme la compagne presque obligée de ces sortes de déplacements. Le fond de l'organe se gonfle, la cavité s'agrandit, les sécrétions et le flux menstruel y stagnent ; le drainage naturel du conduit utéro-tubaire devient impossible. L'indifférence n'est plus de mise.

Dans la deuxième phase en effet le fond de l'utérus est douloureux, enflammé, la métrite n'est pas douteuse. Les souffrances apparaissent, surtout dans la marche, dans les efforts. Le rectum est comprimé, la constipation se montre. La malade se plaint et consulte. Guérir sa métrite ne suffira pas, il faut redresser son utérus et le maintenir réduit. S'il n'adhère pas encore à la paroi postérieure du bassin, on installera peut-être un pessaire, corps étranger qui irritera et enflammera davantage les voies génitales.

La troisième phase survient, indiquée par d'intolérables douleurs. La marche et les exercices journaliers sont devenus pénibles. La malade ne peut plus rien faire sans souffrir, c'est une infirme. Encore bien, lorsqu'elle ne devient pas neurasthénique, souffrante de l'esprit autant que du corps. Les annexes sont enflammées et endolories, plus ou moins prolabées ; l'utérus est adhérent sur le rectum. Maintenant tout est bon à enlever; c'est l'hystérectomie.

Connaissez-vous en gynécologie une affection, à part le cancer, dont l'évolution soit plus fâcheuse que celle-ci? Les tumeurs et les métrosalpingites gonococciques ne dépassent pas en gravité la phase dernière de la rétrodéviation. C'est pourquoi j'insiste aujourd'hui sur la grande place qu'il faut assigner aux rétrodéviations dans le cadre de la gynécologie pratique. C'est pourquoi, convaincu de la marche à peu près fatale de ce déplacement vers les pires lésions annexiel-

les, j'élimine de la thérapeutique que je viens d'esquisser les procédés insuffisants, dangereux, ou excessifs: indifférence, pessaires, hystérectomie. C'est pourquoi j'affirme *qu'il faut traiter la rétrodéviation tout aussitôt qu'on la reconnaît* et prétends qu'il n'y a *qu'un seul moyen, l'hystéropexie.*

II. **Hystéropexie vaginale.** — L'hystéropexie vaginale doit-elle être préférée à l'hystéropexie abdominale? Je le crois. Il faut une intervention qui soit à la fois bénigne, conservatrice et efficace: l'hystéropexie vaginale surtout. Il est d'abord évident que si la rétrodéviation s'accompagne de métrosalpingite double, nous pratiquons l'hystérectomie. Mais précisément nous voulons éviter cette ablation totale, et pour cela il nous suffit d'arriver à temps, c'est-à-dire avant que les annexes soient malades des deux côtés à la fois. A la première phase, il pourra peut-être suffire de surveiller l'utérus mobile rétrodévié, pour n'agir qu'au moment où quelque complication (métrite, adhérences) se montrera. Mais dans la pratique courante, cette surveillance sera très difficile, impossible souvent, on risquera d'arriver trop tard. Et puisque l'intervention est bénigne, il vaut toujours mieux la pratiquer: on évitera de la sorte les phases ultérieures.

A la deuxième phase, le curettage est tout d'abord indiqué, puis l'hystéropexie. Ici comme dans le cas précédent, je préfère la voie vaginale, pour ne pas voir se produire sur le ventre de vilaines cicatrices, surtout si l'hystéropexie abdominale venait à suppurer. Il y a en outre avantage à pratiquer, par la même voie vaginale, le curettage et la fixation, c'est plus simple.

Dans la troisième phase, si l'annexite est unilatérale, son ablation s'impose. En ce qui me concerne, si la salpingite est prolabée, je choisis la voie vaginale pour l'enlever et fixer l'utérus ensuite. Si au contraire, cas plus fréquents d'ailleurs, la salpingite est élevée ou volumineuse, je préfère la laparotomie qui me permet à la fois l'ovarosalpingectomie et l'hystéropexie abdominale.

Je résume donc cette pratique, en disant que l'hystéropexie vaginale doit être faite:

1° Pour la rétrodéviation mobile, indolore, non compliquée;

2° Pour la rétrodéviation peu adhérente, douloureuse, avec métrite;

3° Pour la rétrodéviation immobile, douloureuse, avec métrite et annexite prolabée unilatérale, ou plus simplement:

L'hystéropexie vaginale doit être faite dans toutes les rétrodéviations métrites, sans annexites. L'hystéropexie abdominale sera réservée à la

plupart des cas où il y a salpingo-ovarite unilatérale. La fixation vaginale me paraît donc le procédé thérapeutique le plus fréquemment indiqué.

Ainsi que le montrent les 14 observations que j'apporte, la vagino-fixation est toujours *bénigne*. Elle est cependant *délicate* et ne peut être pratiquée que par des gynécologues-chirurgiens tout à fait rompus à ce genre d'opérations. Elle a l'avantage d'être *conservatrice*, elle évite l'hystérectomie dont sont menacées ces malades. Enfin elle me paraît très *efficace*, surtout si on a la précaution de dédoubler la cloison vésico-vaginale avant d'attacher l'utérus.

Je la pratique en 3 temps : dédoublement de la cloison en formant 2 valves latérales ; décollement et refoulement de la vessie ; passage et ligature de fils de catgut transversaux dans la paroi antérieure de l'utérus, dans le tiers moyen de cette paroi. Dans tous les cas que j'ai opérés, c'est-à-dire dans les 14 observations qui suivent et dans d'autres que je ne donne pas ici (1) et qui sont au nombre de 6 (20 cas au total), les suites ont été très simples.

J'ai revu la plupart des opérées, elles ne souffrent plus et leur utérus reste en antéflexion, mais il paraît moins abaissé qu'avant l'opération. Je crois qu'il suffit que cet utérus ne retourne ni en rétroversion, ni en rétroflexion. Au point de vue de la disparition des douleurs et de la reprise des occupations de la vie courante, je puis vous citer le cas de l'infirmière de mon service qui marche du matin au soir et n'a plus jamais souffert depuis dix-huit mois qu'elle est opérée. Deux de mes malades sont devenues enceintes, de 6 mois actuellement : l'utérus s'est redressé et la grossesse est normale jusqu'alors. Deux raisons me portent à croire que les grossesses ne doivent pas être plus mauvaises à la suite de la vagino-fixation qu'à la suite de l'hystéropexie abdominale, et meilleures peut-être même : c'est d'abord que la partie moyenne seule de la paroi antérieure de l'utérus est fixée, jamais le fond ; c'est ensuite qu'après cette fixation, l'organe tend par lui-même à remonter quelque peu. L'hystéropexie vaginale est encore ce qui imite le mieux la position normale de l'utérus, en antéflexion, l'utérus restant en entier dans le bassin.

Dans l'évolution que subit sans cesse la chirurgie gynécologique, l'avenir me paraît être aux opérations conservatrices. C'est à ce titre

---

(1) Depuis que ce travail est terminé, j'ai 6 nouvelles observations d'hystéropexie vaginale.

surtout que j'insiste sur la nécessité de pratiquer très tôt aux utérus rétrodéviés l'hystéropexie vaginale : le but définitif est de guérir sans sacrifier aucun organe.

Procédé d'hystéropexie abdominale médiate pour la cure de la rétroversion utérine.

— **G. Spinelli** (Naples).— J'applique depuis 1893 le procédé d'hystéropexie abdominale médiate dont je m'occupe dans cette communication. L'expérience m'a suggéré de légeres modifications au procédé primitif, et je vais vous décrire le procédé opératoire tel que je l'exécute actuellement.

L'opération est indiquée surtout dans les rétroversions adhérentes ou dans les rétroversions compliquées de lésions annexielles. Dans les rétroversions mobiles, non adhérentes, dans lesquelles un examen soigneux a fait exclure l'existence de lésions tubo-ovariques, j'estime qu'il convient de donner la préférence à l'hystéropexie vaginale médiate.

Voici la description de la technique opératoire du procédé que je défends :

1er *temps*. Position de Trendelenburg. Laparotomie médiane. Une boutonnière de 3 à 4 centim. pratiquée dans la paroi abdominale suffit. L'extrémité inférieure de l'incision doit arriver à 3 centim. environ de la symphyse pubienne.

Après avoir exploré l'utérus et ses annexes, les avoir libérés des adhérences et avoir traité, quand on en constate, les lésions annexielles (ignipuncture de l'ovaire, résection ovarique ou tubaire), on procède à l'hystéropexie médiate.

Le ligament rond, d'un côté, est sectionné entre deux ligatures au catgut, à 6 centim. environ de la corne utérine. Les feuillets du ligament large sont réunis par un surjet également au catgut, qui enferme l'autre portion du ligament rond.

Même traitement opératoire du ligament rond du côté opposé.

Cela fait, le chirurgien est en possession de deux ligaments ronds, enveloppés par la séreuse péritonéale et pourvus d'un repli du péritoine, constituant deux sortes de brides qu'on fixe aux côtés du fond de l'utérus.

2e *temps*. Les ligaments étant alors repliés sur la paroi antérieure de l'utérus, on les réunit entre eux au niveau de leur point de réunion

et on les suture à la face antérieure de la matrice par un surjet unique. De cette façon se trouve formé un pédicule unique musculo-péritonéal, qui part environ du milieu de la paroi antérieure de l'utérus.

3e *temps*. Le pédicule est fixé au péritoine et à la couche musculo-aponévrotique par des points de suture à la soie. On termine l'opération par la suture à triple étage de l'incision abdominale.

Examinons rapidement les critiques et les objections qu'on peut faire contre ce procédé :

a) *La fixation de l'utérus à la paroi abdominale étant réalisée au moyen d'un cordon musculo-péritonéal, cela peut créer une condition favorable à la récidive de la rétrodéviation par tiraillement et allongement des ligaments ronds, ainsi que cela est arrivé en certains cas après l'opération d'Alexander.*

Mon expérience personnelle me permet de répondre à cette objection.

J'ai pratiqué l'hystéropexie abdominale 10 fois : *a*) 5 fois pour la cure du prolapsus génital à des degrés divers ; *b*) 5 fois pour rétroversions compliquées de lésions annexielles.

3 fois, chez les opérées pour prolapsus, j'ai observé la récidive, savoir la réapparition de l'utérus à la vulve. Dans 2 cas, la guérison fut définitive. Dans les 3 cas de récidive, les ligaments ronds se sont graduellement allongés ; mais l'utérus, tout en étant de nouveau prolabé, est resté en antéversion. Dans les 2 autres cas de prolapsus léger et de rétroversion mobile, il y a eu, en même temps que cure définitive du prolapsus, guérison de la rétroversion.

Dans les 5 cas de rétroversion, la réduction de l'utérus est restée définitive.

Le parallèle avec l'Alexander n'est pas justifié. En effet, quand on raccourcit les ligaments ronds suivant ce procédé, on ne connaît pas bien la cause de la rétroversion. Et quand la déviation utérine est la conséquence, l'effet de lésions annexielles, d'adhérences cicatricielles, si ces conditions pathologiques persistent, il est bien naturel qu'avec le temps l'utérus se replace en rétroversion par tiraillement et allongement des ligaments ronds.

Au contraire, dans l'hystéropexie abdominale médiate, on apprécie la cause de la rétrodéviation, et on y remédie d'une façon rationnelle et radicale.

b) *Une critique, grave en apparence, faite à notre procédé opératoire,*

c'est que c'est une pexie, et qu'à ce titre elle peut être l'origine d'un étranglement intestinal.

Mais, étant donnée la manière dont j'exécute la pexie médiate, utérine, il ne reste pas d'espace mort entre les ligaments ronds et l'utérus. De plus, après l'opération, la distance entre l'utérus et la paroi abdominale est minime. Et l'on peut dire que l'organe se trouve en antéversion juxta-pariétale, qu'en conséquence l'engagement d'une anse intestinale entre la matrice et la paroi abdominale est très difficile, *quasi* impossible même.

c) *La fixation médiate abdominale met obstacle à la libre expansion de la vessie dans l'hypogastre.*

Ce reproche ne saurait s'appliquer à mon procédé. Je fixe les ligaments ronds à 3 centim. du pubis, laissant ainsi un espace utile pour l'expansion de la vessie. Chez une de mes opérées, j'ai vu la vessie pleine d'urine, cet organe n'ayant pas été vidé depuis environ dix heures, sans que la femme eût ressenti de ce fait aucun malaise. Au palper bimanuel, on constatait que l'utérus était fortement remonté et le col reporté à droite vers le sacrum.

d) *L'hystéropexie médiate abdominale peut troubler la grossesse et l'accouchement.*

Cette question, je l'avais déjà traitée dans une de mes publications. Un fait récent me permet de fournir une démonstration expérimentale que la grossesse et l'accouchement peuvent évoluer sans aucun trouble après une hystéropexie abdominale, médiate.

Il y a un an, une jeune femme, mariée, venait me consulter se croyant enceinte de six mois. En réalité, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, atteignant l'ombilic. L'utérus était en forte rétroversion. J'enlevai le kyste par la voie abdominale. Et, ayant trouvé l'utérus en rétroversion, je le fixai en position nomale par l'hystéropexie médiate. Quatre mois après l'opération, la femme devenait enceinte. Je la vis à sept mois de grossesse. La cicatrice abdominale, solide, apparaissait comme un cordon brun, vigoureux.

L'utérus était bien développé, médian, et son fond dépassait l'ombilic de 3 travers de doigt. La femme n'accusait aucun malaise et n'avait pas souffert jusqu'à ce moment, abstraction faite des phénomènes sympathiques de la gestation. L'accouchement eut lieu régulièrement le 25 mai de cette année, après un travail de six heures. Accouchement et suites de couches normaux. Enfant du sexe féminin, bien développé et vivant.

J'examinai la femme le 10 juillet, quarante-six jours après l'accouchement, et notai : utérus un peu volumineux et en *antéflexion* modérée, cicatrice abdominale solide.

Il existe, à l'heure actuelle, 3 procédés d'hystéropexie médiate ou, ainsi que Pozzi voudrait les dénommer, d'*hystéropexie funiculo-abdominale :* 1) celui que j'ai eu l'honneur de décrire; 2) celui de Beck, de New-York; 3) celui de Doléris.

Le procédé de Beck diffère peu de celui de Doléris; il n'y a donc pas lieu de s'en occuper pour en faire un parallèle.

L'opération de Doléris est simple, sûre, et, pour parler comme Richelot, physiologique.

L'inclusion pariétale des ligaments ronds est assurément un procédé plus rapide que le mien. Mais elle produit une fixation moins solide et laisse entre les deux ligaments un espace triangulaire dans lequel peut s'insinuer et s'étrangler une anse intestinale. On peut remédier à ce défaut en réunissant, comme je l'ai fait, les ligaments ronds entre eux et avec l'utérus par une suture au catgut. Les deux procédés, celui de Doléris et le mien, ne présentent que de légères différences et peuvent se compléter réciproquement.

Je pourrais ne pas toucher à la question de priorité, qui d'ailleurs ne me concerne pas, si une allusion de Doléris dans une récente discussion à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris* ne m'avait mis en cause.

Ruggi, de Bologne, le 6 novembre 1887, dans un cas de prolapsus utérin, pratiqua l'hystéropexie funiculo-abdominale et publia le procédé dans le Bulletin des *Scienze Medische*, de Bologne, série VI, vol. XXII, 1888.

Doléris, en 1889, communiqua à la *Soc. obst. et gynéc. de Paris* sa méthode mixte de fixation de l'utérus à la paroi abdominale, qui consiste dans l'inclusion pariétale des ligaments ronds et des trompes. Ma première opération d'hystéropexie funiculo-abdominale porte la date du 11 février 1893 ; quand je la pratiquai, je ne connaissais ni le procédé de Ruggi ni celui de Doléris. Mais j'ai à remplir le devoir agréable de reconnaître qu'en pratiquant mon procédé mixte de gastro-hystéropexie médiate combinée avec toutes les opérations plastiques utéro-vagino-périnéales pour la cure du prolapsus génital, je m'inspirai de la pratique de Doléris, ayant vu, entre 1890 et 1891, exécuter dans sa clinique bon nombre d'opérations complexes contre les déviations et les prolapsus utéro-vaginaux.

Toutefois, il me convient de noter qu'avec mon procédé d'hystéropexie abdominale médiate, j'ai eu pour but de modifier, en la rendant plus rationnelle et plus efficace, la méthode de raccourcissement des ligaments ronds d'Alexander.

La priorité de l'hystéropexie funiculo-abdominale est donc acquise à Ruggi, le procédé de Doléris et le mien étant ultérieurs au sien, la priorité, quant à l'idée première, appartenant, toutefois, sans conteste, aux auteurs qui, pour redresser l'utérus, s'attaquèrent aux ligaments ronds, c'est-à dire à Adams, Alquié, Alexander.

Pour conclure : l'hystéropexie funiculo-abdominale compte, à l'heure actuelle, un bon nombre d'opérations. Elle s'est montrée un procédé facile, rapide et sûr qui ne trouble ni la grossesse, ni l'accouchement. J'estime donc qu'il faut y avoir recours contre la rétroversion compliquée d'adhérences et de lésions annexielles, qui exigent un traitement chirurgical.

Traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

— **Czeslas Stankiewicz** (Lodz, Pologne).—Dans un livre sur les rétrodéviations de l'utérus que je viens de publier en polonais il y a quelques semaines, j'ai exposé mes idées sur le traitement des rétroversions et rétroflexions de l'utérus.

Je considère comme règle que toute rétroflexion et rétroversion DANS LA PÉRIODE ACTIVE DE LA VIE SEXUELLE doit être traitée, qu'elle soit latente ou qu'elle se traduise par des signes propres, qu'elle soit ou non compliquée.

Les rétroflexions chez les vierges et chez les femmes âgées n'exigent un traitement que dans les cas où elles occasionnent une gêne pour les malades.

C'est cette règle qui m'a guidé dans le choix de cas propres à être traités.

Jusqu'ici le traitement orthopédique, par le pessaire, des rétroflexions mobiles de l'utérus, occupait la première place non seulement dans les manuels, mais aussi dans la pratique courante des gynécologues.

Cependant l'action des pesssaires au point de vue de la stabilité de la guérison est tout à fait problématique. Il n'y a que les cas récents et non compliqués qui puissent donner quelques résultats. Le plus souvent le traitement par les pessaires est une perte de temps com-

plète pour le médecin et pour la cliente. Sur 109 cas traités par cette méthode, je n'ai eu que 4 résultats favorables, dont la durée n'a pas cependant dépassé quelques semaines, 7 mois et demi tout au plus. Dans tous les autres cas, l'utérus revenait à sa place quelques jours après la cessation du traitement. Je n'ai jamais observé de guérison stable, c'est-à-dire maintenue au moins un an, comme l'exige Halban (Vienne).

J'avoue cependant que mes données basées sur un petit nombre de cas ne m'autorisent pas à en tirer des conclusions formelles. Toutefois la question du traitement par les pessaires demande à être revue.

Je ne crois pas justifiable la conduite des gynécologues qui n'ont recours au traitement chirurgical que quand le traitement médical (par les pessaires, le massage, etc.) a échoué. Cette conduite avait sa raison d'être il y a quelques années quand on n'avait pas encore eu le temps de s'assurer des résultats de nombreux procédés opératoires qui ont été préconisés. Mais aujourd'hui, quand nous avons à notre disposition des procédés certains, les autres étant tombés dans l'oubli mérité, il est temps de rompre avec la routine ! Le conservatisme n'est utile que quand il n'entrave pas la marche du progrès.

Que devons-nous faire quand il s'agit de choisir entre un procédé chirurgical assurant une réussite et le traitement par les pessaires avec son résultat problématique ? Est-ce que tous les cas où le pessaire n'est pas applicable, sans parler des cas de rétroflexions avec adhérences, ne rentrent pas d'emblée dans le domaine de la chirurgie gynécologique ?

Le traitement chirurgical des rétroflexions utérines doit donc prendre la première place, tandis que les autres procédés moins certains, le plus souvent palliatifs, doivent passer au second rang.

Parmi les nombreux procédés opératoires préconisés, il y en a trois qui jouissent d'une grande vogue :

Ce sont l'hystéropexie abdominale, l'hystéropexie vaginale et le raccourcissements des ligaments ronds.

Messieurs, parmi les 40 opérations faites par moi, je n'ai pas rencontré d'indication pour l'hystéropexie abdominale. Les indications de ce procédé me paraissent très limitées, surtout à cause des complications graves au cours des grossesses et accouchements ultérieurs (statistique de Kleinwachter).

L'*hystéropexie vaginale* a donné, au point de vue obstétrical, des

résultats tellement défavorables que son application chez les femmes en pleine période d'activité sexuelle n'est indiquée que dans les cas exceptionnels. Ce procédé est en revanche très recommandé à l'époque de la ménopause, chez des femmes atteintes d'un prolapsus utéro-vaginal, cas où il doit être complété par la colporrhaphie.

Mes cas personnels (7), tous avec des résultats favorables, m'autorisent à croire que cette conduite mérite d'entrer en vogue.

Le point important du traitement opératoire des rétrodéviations utérines consiste dans *le raccourcissement des ligaments ronds*. Parmi les trois voies qui se présentent à l'opérateur : le canal inguinal, le vagin et la laparotomie, l'opération d'Alquié-Alexander trouve le minimum d'indications. Elle n'est applicable que dans les cas de rétroflexions mobiles et, quoiqu'elle ne menace pas les grossesses et les accouchements ultérieurs, elle présente des inconvénients nombreux et connus (la difficulté de trouver les ligaments, la rupture des ligaments incomplètement développés ou atteints de dégénérescence graisseuse, la suppuration de la plaie, l'élimination des sutures en soie et, dans des cas rares, un hématome sous-cutané; cicatrices douloureuses, hernies consécutives). Ma statistique porte sur 4 cas dont 2 récidives. Depuis plus de trois ans je n'ai pas eu d'indication formelle pour faire l'opération d'Alexander.

J'ose affirmer, Messieurs, que c'est le raccourcissement des ligaments ronds intrapéritonéal qui occupera, dans l'avenir, la première place par la voie *vaginale :* c'est donc au *procédé Bode-Wertheim* que nous donnons la préférence.

Ma technique diffère de celle de Bode et de Wertheim, c'est pourquoi je me permets de l'indiquer : incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin, libération de la vessie, ouverture du péritoine. Rapprochement du corps de l'utérus de l'ouverture du cul-de-sac (à l'aide de pinces à griffes) sans luxation de l'utérus dans le vagin. Ligature de l'utérus à la soie (n° 4) au point d'insertion du ligament rond. Traction des ligaments ronds à l'aide de clamps élastiques de Doyen (employés dans les opérations portant sur l'estomac et sur les intestins) tant qu'il en vient. Ligature à la soie du ligament rond sur le point le plus excentrique et sa réunion avec la ligature utérine. On peut ainsi raccourcir le ligament de 8, 10 et 12 centimètres de chaque côté. L'anse du ligament ainsi formée est suturée à la soie fine. Enfin suture du péritoine et du vagin (catgut).

La pose de la deuxième ligature (excentrique) est le temps le plus dif-

ficile de l'opération. Un clamp que j'ai fait faire pour cet usage présentant une rainure sur sa branche supérieure et un orifice pour le passage de l'aiguille facilite la tâche.

Les points importants de ma conduite sont les suivants :

1) La pose de la première ligature sur l'utérus même, ce qui paraît assurer une meilleure nutrition du ligament rond que le procédé de Bode;

2) Le raccourcissement des ligaments *in situ* sans luxation de l'utérus dans le vagin, ce qui préserve mieux le péritoine contre l'infection que le procédé de Wertheim;

3) Le raccourcissement des ligaments au maximum;

4) L'emploi des clamps.

Ma statistique porte sur 27 cas.

La période d'observation varie entre quinze jours et deux ans et demi. La guérison de la déviation a eu lieu 25 fois (92,5 p. 100). Il y avait une récidive après une fausse couche et l'accouchement. Une fois l'opération n'a pas réussi.

Sur mes 27 cas il y avait 11 cas de rétroflexions immobiles, toutes guéries, 16 mobiles (2 récidives).

Dans 8 cas, la période d'observation varie entre 13 mois et 2 ans et demi. Ces cas permettent d'apprécier la *stabilité* de la guérison.

Le grand nombre de cas réussis (87,5 p. 100) parle en faveur de l'opération.

Six malades ont eu des grossesses, 4 sont accouchées normalement, une a fait une fausse couche de 3 mois; 3 accouchement sont été faciles, un laborieux (3 jours) probablement à cause de la trachélorrhaphie (suivant Emmet). L'opération a donc subi avec succès l'épreuve si difficile que crée l'accouchement n'ayant donné lieu à la récidive qu'une seule fois.

Les difficultés de l'opération se trouvent largement compensées par ses avantages. L'opération est applicable aux rétroflexions fixes aussi bien qu'aux rétroflexions mobiles. Elle permet d'explorer les annexes, de rompre les adhérences et de faire les procédés nécessaires (à travers le cul-de-sac antérieur ou postérieur). Sans changer la position de l'opérée, on peut faire les opérations indiquées dans le vagin et sur le périnée.

L'opération n'est pas dangereuse. Mes 27 malades ont guéri. Les suites opératoires ont été bonnes, quoique l'opération ait été plus d'une fois très compliquée. Sur certaines malades, j'ai été obligé de

faire en même temps : un curettage, la libération de l'utérus et de ses annexes des adhérences, la salpingostomie ou salpingectomie, la résection de l'ovaire ou l'ignipuncture, l'opération d'Emmet, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie. J'ai l'habitude de faire toutes mes opérations gynécologiques en un seul temps.

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas de mort à la suite de l'opération de Bode survenue au dixième jour, de cause inconnue.

Le raccourcissement des ligaments ronds par le vagin présente sur le procédé d'Alquié-Alexander les avantages suivants :

1) Il ne prédispose pas aux hernies ;

2) Permet le raccourcissement bilatéral par la même incision ;

3) Permet de trouver les ligaments dans tous les cas ;

4) Est efficace dans les rétroflexions fixes ;

5) Permet d'exécuter les interventions nécessaires sur les annexes et sur le vagin ;

6) Les suites opératoires sont meilleures ;

7) Ne laisse pas de cicatrice visible ni de douleurs consécutives.

Le raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale peut remplacer dans nombre de cas l'hystéropexie abdominale ; dans d'autres cas, on lui préfère le raccourcissement des ligaments ronds par la LAPAROTOMIE OU OPÉRATION DE WYLIE. Mon manuel opératoire est très simple. Une ligature est placée sur l'extrémité utérine du ligament rond ; l'autre, à une distance de 8, 10 ou 12 centimètres de la première, comprenant la moitié ou les 3/4 de l'épaisseur du ligament rond ; réunion de deux ligatures ; suture de l'anse formée à la soie (surjets).

Deux observations personnelles sont en faveur de l'opération de Wylie. Malgré ses grands avantages constatés par Frank, Mann, Goffe, Doléris, ce procédé reste encore méconnu. D'une exécution facile, donnant des résultats certains, il devrait être plus en vogue.

Messieurs, j'ai pris la parole pour exprimer ma conviction que le raccourcissement des ligaments ronds, soit par voie vaginale, soit par voie abdominale aujourd'hui peu répandu, est destiné à jouer un rôle important dans le traitement chirurgical des rétroflexions utérines.

Note sur le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations utérines.

— **Ed. Schwartz** (Paris). — Nous avons mis en usage pour le traitement des rétrodéviations utérines, rétroversions, rétroflexions,

ou combinaison des deux déviations, suivant les indications qui se présentaient, tantôt le raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds, tantôt l'hystéropexie abdominale, tantôt le raccourcissement intrapéritonéal.

Au *Congrès de gynécologie* de Genève, tout récemment, dans une discussion qui s'est élevée à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris (février 1900), nous avons montré les résultats que nous avons obtenus par l'hystéropexie abdominale. Dans 63 cas d'hystéropexies faites pour rétrodéviations adhérentes compliquées souvent de lésions unilatérales ou bilatérales des annexes, nous avons obtenu d'excellents résultats thérapeutiques et en particulier 9 de nos opérées sont devenues enceintes et ont accouché ; deux seulement ont eu des difficultés, l'accommodation n'ayant pu se faire ; chez l'une d'elles, enceinte pour la deuxième fois avec un utérus qui tenait bien et dont l'opération datait de 1893, l'accouchement fut facile la première fois, au contraire laborieux la seconde fois et terminé par une version, ce qui nous démontre qu'il n'y a là rien de précis et qu'il y a lieu sur toute femme hystéropexiée d'exercer une surveillance de tous les instants lorsque l'accouchement commence.

Le raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds a été pratiqué par nous trente fois environ pour de simples rétroversions mobiles, facilement réductibles, faciles à maintenir sans lésions appréciables des annexes. Nous en avons obtenu de bons résultats ; quelques récidives cependant sont venues pour montrer que si l'opération est ordinairement simple et facile, elle n'est pas toujours efficace, même dans les cas qui y paraissent plus spécialement adaptés.

Convaincu, que par l'hystéropexie nous faisons trop souvent une opération qui tout en fixant bien l'utérus ne satisfait pas notre esprit et peut donner lieu à des inconvénients sérieux chez les femmes qui deviennent enceintes, que par le raccourcissement suivant Alquié-Alexander, nous sommes loin de pouvoir remédier aux rétrodéviations adhérentes, difficiles à réduire et à maintenir, nous nous sommes tourné vers le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds qui de prime abord n'est passible d'aucune des objections adressées aux autres méthodes sanglantes de traitement.

Il constitue en effet une véritable restauration ad integrum après reposition de l'utérus et traitement s'il le faut des annexes malades ; il a tous les avantages qui résultent d'un examen direct des lésions, avec possibilité d'agir sur elles. Nous avons pratiqué depuis 1897 cette

opération 5 fois. Voici la technique opératoire que nous avons mise en usage :

Après préparation et anesthésie générale, nous examinons une dernière fois la malade au point de vue de la nature de la rétrodéviation; un dilatateur d'Hegar petit calibre est introduit dans la cavité utérine et nous servira à maintenir l'utérus redressé pendant le raccourcissement. Il est confié à un aide qui n'agira que lorsque nous l'en prierons.

Laparotomie médiane. Examen de l'utérus et des annexes. Mise en position de Trendelenburg de façon à éviter l'intestin grêle et l'épiploon. L'utérus est recherché ainsi que les annexes et les yeux voient ce que les doigts ont déjà exploré. Les adhérences, s'il y en a, sont détachées dans le cul-de-sac de Douglas ; l'utérus est redressé s'il est fléchi et ramené en avant s'il est rétroversé. Lorsqu'il est mobile ou devenu mobile après libération, l'aide qui est entre les jambes de la malade le tient relevé vers la symphyse pubienne. Le chirurgien faisant écarter la paroi abdominale à gauche, à l'aide d'une valve en plaçant en bas la valve de Montprofit, recherche le ligament rond gauche et le voit très facilement. Vers sa partie moyenne, entre son entrée dans la paroi et son insertion à l'utérus, on le replie sur lui-même de façon à le recouvrir de la quantité jugée utile d'après sa laxité et on fixe la boucle ainsi produite par deux gros points de catgut qui traversent de part en part les trois épaisseurs de ligament rond en plein tissu du ligament.

Pour plus de solidité, les bords supérieurs de la boucle sont reliés par des points de soie fine n° 0 et séparés. De la sorte il est impossible qu'elle se défasse, même si les adhérences cédaient après résorption du catgut.

Le ligament droit est traité de la même façon. L'utérus est redressé et de chaque côté partent les deux ligaments ronds épaissis au niveau du point où ils ont subi la plicature.

Les annexes malades sont diversement traitées, tantôt ignipuncturées, tantôt réséquées, tantôt enlevées, etc., suivant les lésions qui se présentent.

Suture de la paroi abdominale à plusieurs plans. Le vagin reste libre après que le dilatateur d'Hegar a été retiré, tout au plus y place-t-on une lanière de gaze iodoformée mollement froissée.

Les cas que nous avons opérés de la sorte ont parfaitement guéri. Cependant dans 4 d'entre eux nous avions décollé des adhérences étendues et serrées du cul-de-sac de Douglas, pratiqué des ignipunctures

sur les ovaires kystiques, réséqué dans un cas un kyste sanguin d'une trompe.

La première malade que j'ai opérée, âgée de 23 ans, est venue me retrouver cette année, enceinte de trois mois; elle avait subi, outre le raccourcissement intrapéritonéal, l'ablation d'un petit kyste de l'ovaire droit avec suture de l'ovaire consécutive ; à gauche existait un petit kyste sanguin de la trompe qui fut ouvert, vidé des caillots qu'il contenait, puis refermé. La grossesse se passe sans aucun encombre, et il y a tout lieu d'espérer que l'accouchement se fera sans aucune difficulté; nous avions pu examiner cette femme avant sa grossesse et constater le parfait état de l'utérus comme position, l'absence de tout trouble du côté des annexes.

Nous serions disposé pour notre compte à préférer cette intervention à celle qui a été exécutée et proposée par Doléris, défendue par Richelot et qui consiste à fixer les ligaments ronds raccourcis dans la partie inférieure de la plaie de laparotomie. On constitue en effet de cette façon une sorte de sangle médiane s'insérant sur la paroi et qui n'échappe pas aux reproches qui ont été adressés à l'hystéropexie au point de vue de la possibilité d'un étranglement interne.

C'est le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds qui doit, ce nous semble, entrer surtout en ligne lorsqu'il s'agira de femmes jeunes, car lui seul permet de reconstituer la région dans son type normal, et l'opération fût-elle plus difficile, plus longue que les autres manières de faire, que les avantages compenseraient largement ces inconvénients qui, en réalité, sont peu de chose.

Discussion.

— **Hartmann** (Paris). — Avec notre collègue Schwartz, je pense qu'aujourd'hui l'opération du raccourcissement inguinal des ligaments ronds doit être délaissée. On ne sait jamais s'il n'y a pas d'adhérences ; un utérus peut être parfaitement mobile et présenter des adhérences avec la paroi antérieure du rectum qui suit les mouvements imprimés de l'organe. De là une cause possible de persistance des douleurs après fixation de l'utérus en avant. Aussi je crois que toute opération, ayant pour but de redresser l'utérus, doit permettre tout d'abord de constater de visu l'état des lésions. Deux voies se présentent pour cela : la voie vaginale antérieure, la voie abdominale; comme la dernière permet de mieux voir, je la préfère. On ne

peut guère lui faire qu'une objection, la création d'une cicatrice visible, la posibilité d'une éventration. Ces deux inconvénients sont évités si l'on a recours à l'incision cruciale de la paroi toujours applicable à ces cas de lésions légères où l'on peut d'avance préciser la longueur de l'incision nécessaire.

Je fais donc une incision curviligne, convexe en bas, immédiatement au-dessus du pubis, se terminant latéralement au voisinage des anneaux inguinaux ; je coupe la peau, le tissu cellulo-graisseux, le feuillet aponévrotique abdominal antérieur. Puis, relevant le lambeau ainsi taillé, je sépare verticalement les droits et j'ouvre le péritoine sur la ligne médiane. Je suis dès lors à même d'agir, suivant les indications, sur les annexes et sur les adhérences utérines. Lorsqu'il ne reste plus qu'à corriger la déviation, à quelle opération devons-nous nous adresser ? Je rejette l'hystéropexie qui crée une adhérence pathologique et je reconstitue les parties dans leur état physiologique en raccourcissant les ligaments ronds et les ligaments larges par la formation d'une série de plis successifs obtenus par le faufilage d'un fil sur le cordon ligamentaire et d'un autre placé plus bas sur la face antérieure du ligament large. Un seul point mérite un peu d'attention, c'est celui de l'insertion utérine du ligament rond. Si cette insertion ne se fait pas en avant du diamètre transversal de l'utérus, le raccourcissement du ligament ne détermine pas son redressement en avant. Aussi, en pareil cas, est-il nécessaire de reporter en avant de l'utérus l'insertion du ligament, suturant sa partie interne à la face antérieure de l'organe. De cette manière, on obtient des résultats excellents et durables, comme me l'a prouvé l'observation suivie de mes opérées.

— **Doléris** (Paris). — Dans les rétrodéviations *simples, mobiles, récentes*, le pessaire donne souvent de bons résultats ; son maximum d'utilité est après l'accouchement, tant que dure la période d'involution.

Plus tardives, les rétrodéviations guérissent moins facilement par le pessaire et réclament souvent l'opération.

Compliquées de cervicite chronique, d'annexite, d'adhérences, de lacération périnéale étendue, l'intervention chirurgicale s'impose toujours contre les lésions surajoutées à la déviation. Devant opérer la ou les complications, le chirurgien ne peut pas négliger l'élément pathologique important, la déviation. D'où nécessité d'opérations multiples associées.

La présence d'*adhérences utérines* ou d'*annexite* indique nécessai-

rement l'ouverture de l'abdomen. Comme les adhérences simples et l'annexite, dans ces cas spéciaux, sont souvent passibles d'un traitement conservateur, la réduction de l'utérus et son maintien en position normale sont le complément opératoire nécessaire.

Au point de vue de la technique, elle doit être basée sur la restitution des agents physiologiques à leur état normal. Le ligament rond a une importance prépondérante dans la rétrodéviation. Son raccourcissement par la voie inguinale m'a, depuis quinze ans, donné des succès. C'est à bon droit qu'on le recommande de nouveau après l'avoir délaissé. Je considère, après une longue expérience, cette opération comme excellente pour les rétroversions mobiles ou accompagnées de complications qui ne nécessitent pas la laparotomie.

Dans les cas qui réclament la laparotomie, le raccourcissement des ligaments ronds donne de bons résultats comme opération intra-abdominale.

J'emploie ma méthode de fixation pariétale, dans l'angle inférieur de la plaie au bord supérieur du pubis, et sans résection de la portion externe des ligaments. L'expérience m'a démontré que les mouvements d'expansion de la vessie ne sont pas gênés ; et, d'autre part, la fixité de l'insertion est mieux assurée ainsi que par l'inclusion des extrémités ligamentaires réséquées dans une paroi abdominale mobile et flasque parfois.

Ce procédé essayé par moi, dès 1889, et progressivement amélioré, est supérieur aux autres méthodes de raccourcissement intra-abdominal, telles que la *plicature* rappelée par M. Schwartz, le croisement en X ou le simple affrontement, etc...

Il offre en effet les deux avantages suivants :

1° Laisser entre l'utérus et la paroi abdominale un pédicule musculaire élastique et extensible, susceptible d'allongement, pendant la grossesse. J'en ai l'expérience par plusieurs cas.

2° Supprimer l'insertion inguinale affaiblie et amincie du ligament rond, pour la remplacer par la fixation d'une partie solide et résistante du même ligament. C'est ainsi que j'ai établi la valeur de ce procédé en même temps que ses bons résultats dans un mémoire publié en 1898, récemment à la Société obstétricale et gynécologique de Paris et dans la thèse de mon élève le Dr Fumey (Paris, 1900). Sur les procédés de fixation vaginale de l'utérus, directe ou indirecte, je m'interdis d'émettre une appréciation autre que la suivante : ces procédés sont illogiques et anti-physiologiques.

— **Jonnesco** (Bucarest). — Au congrès de Moscou, j'ai décrit une intervention nouvelle contre les déviations utérines consistant dans le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, plicature des ligaments larges, et la cunéo-hystérectomie antérieure dans la rétroflexion, postérieure dans l'antéro-flexion. — Je suis absolument contre l'opération d'Alexander et contre l'hystéropexie.

La laparotomie est indispensable pour juger de l'état des annexes et pour pratiquer mon opération qui répond aux deux desiderata : modifier la position de l'utérus dans le petit bassin et modifier aussi l'axe de l'organe.

Du traitement des rétrodéviations utérines.

— **Henri Pouey** (Montevideo). — J'ai l'honneur de soumettre au congrès le résultat d'études faites sur plus de cent cas de rétrodéviations utérines.

Les malades ont été suivies, dans tous les cas assez longtemps pour qu'on puisse considérer comme définitifs les résultats constatés lors de leur dernier examen.

Un premier fait se dégage de cette étude, c'est qu'il y a bon nombre de rétrodéviations dont les effets (pesanteur, gêne, douleurs pelviennes, phénomènes réflexes) disparaissent sans qu'il soit besoin d'opérer : ce sont surtout les rétrodéviations non adhérentes des vierges, des nullipares peu infectées, même de certaines femmes qui ont eu des enfants mais dont les annexes sont saines ; on parvient à guérir le plus grand nombre de ces malades par les moyens suivants : réductions manuelles répétées, aidées de douces compressions de l'utérus, en s'aidant rarement de l'hystéromètre ; moyens décongestionnants connus, pansements utérins, port d'un pessaire approprié.

Nous croyons que, en toute circonstance, il convient d'avoir recours pendant un certain temps à ces petits moyens avant de décider une intervention sanglante ; en ce faisant, on arrivera souvent à faire disparaître totalement les effets gênants de la rétroversion et au pis aller on en arrivera à l'opération dans de meilleures conditions.

C'est en se soumettant à ces principes que plusieurs femmes, multipares avant le traitement, ont eu des grossesses qui ont évolué normalement ; dans deux cas j'eus à remonter le fond de l'utérus qui, ne pouvant franchir le détroit supérieur, produisait une gêne pelvienne assez notable.

J'ai pu constater, après plusieurs auteurs, que les suites de couches constituent un moment extrêmement favorable pour obtenir la correction de l'axe utérin ; il est plus que jamais nécessaire de ne pas négliger les soins d'asepsie et d'exciter par le massage la rétraction utérine et le redressement.

Il n'est pas rare de voir coexister avec la rétroversion, de la colite muqueuse, des ptoses viscérales : la continuation du malaise pelvi-lombaire est souvent due à ces affections et si l'on n'en tient pas compte, on s'expose à ne pas guérir les malades.

Quand, en même temps que la rétroversion, il existe de la colpocèle, de la chute de la vessie et du rectum, les opérations plastiques sur le col, le vagin et le périnée peuvent suffire, notre expérience le confirme.

Dans quelques cas, nous avons fait en même temps le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds ; dix fois nous avons trouvé l'indication à cette opération que nous croyons excellente.

Chez une femme qui avait un très gros utérus rétrodévié, cause d'hémorrhagies et de douleurs, j'eus un très beau succès par l'amputation haute du col accompagnée de la ligature des principaux rameaux de l'utérine.

Quatre fois nous avons traité les malades par une opération qui peut rendre des services dans les rétrodéviations très adhérentes et lorsque les lésions annexielles sont suffisamment éteintes pour passer au second plan : nous avons fait la colpotomie postérieure et avec l'index nous avons décollé complètement les adhérences de la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges ; cela fait nous avons fait une réduction utérine forcée bimanuelle et nous avons terminé par le drainage à l'aide d'un tube en caoutchouc entouré de gaze stérilisée, drainage que nous avons pratiqué pendant une semaine environ ; le résultat fonctionnel a été excellent et quelques mois après, il était aisé de sentir un cul-de-sac postérieur souple et assez profond alors qu'avant l'opération il était occupé par le fond d'un utérus fixé.

Deux fois, ayant des doutes sur l'intégrité des annexes, nous fîmes d'abord une cœliotomie vaginale et nous terminâmes par une hystéropexie vésico-vaginale, à la Dührssen, qui guérit très bien les malades.

Nous faisons l'hystéropexie abdominale par un ou deux points quand, après ablation des annexes, l'utérus reste ballottant et rétrodévié.

Une fois nous avons fait l'opération de Laroyenne qui a très bien réussi.

Enfin nous réservons le raccourcissement intra-péritonéal des liga-

ments ronds (quatre opérations) ou le plissement des ligaments larges (une opération) pour les cas où nous faisons la conservation d'annexes malades : ces cinq malades ont guéri ; il y eut récidive partielle dans un cas, il s'agissait d'une malade d'aspect tuberculeux chez qui les adhérences, qui fixaient l'utérus en rétroversion, étaient constituées par une épaisse couche caséeuse, mais malgré cette récidive incomplète la malade se trouvait très bien.

Voilà, messieurs, les moyens que j'ai employés dans le traitement des rétrodéviations et qui m'ont constamment donné des succès.

Du traitement du prolapsus génital par la suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale.

— **Laroyenne** (Lyon). — J'ai proposé l'an passé au *Congrès de gynécologie d'Amsterdam* une cure radicale nouvelle de la cystocèle vaginale, la cysto-hystéropexie. Ce procédé combine les avantages de la simple cystopexie antérieure telle que l'a pratiquée M. Tuffier et de la vésico-fixation de Mackenrodt où la vessie est suturée à l'utérus, mais après des manœuvres vaginales compliquées et sans fixation préalable de l'utérus.

Le premier temps de l'opération est une hystéropexie abdominale. L'utérus ainsi fixé est guéri de son propre prolapsus et de plus va fournir un point de suspension solide à la vessie. Les derniers temps de l'opération comportent en effet la suture de la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus et de la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale au-dessous de la zone d'adhésion réservée à l'utérus. L'important ici c'est la suspension de la paroi postérieure de la vessie à l'utérus hystéropexié et par son intermédiaire à la paroi abdominale. Nous considérons comme ordinairement insuffisants les procédés de cystopexie qui se contentent de suturer la face antérieure de la vessie et si nous faisons encore cette suture, ce n'est que comme un complèment de la cysto-hystéropexie. En effet, c'est la paroi postérieure de la vessie qui prolabe dans la cystocèle vaginale, c'est à elle qu'on doit s'adresser dans la cure de cette affection. Au point de vue du prolapsus, les parois vésicales sont indépendantes l'une de l'autre et l'on sait les modes multiples d'après lesquels peut se dilater la cavité vésicale. Ainsi, que la face antérieure de la vessie soit adhérente en avant, son fond pourra cependant encore se distendre et forcer la paroi vaginale antérieure.

Nous n'accordons pas grande confiance aux différentes colporrhaphies dans le traitement de la cystocèle qu'elles masquent et ne suppriment pas. Elles ont même parfois l'inconvénient d'empêcher, en rétrécissant le vagin, le port d'un pessaire qui était utile et dont ces opérations incomplètes n'ont pas supprimé le besoin.

La technique de cette suture utéro-vésicale et vésico-pariétale se rapproche de celle que nous avons antérieurement adoptée pour l'hystéropexie. Dans l'hystéropexie nous poussons de bas en haut l'utérus où il doit être fixé, à l'aide d'un hystéromètre de fort volume introduit dans sa cavité. Dans la cystopexie, après dilatation de l'urèthre, l'index est introduit dans la cavité vésicale et porte facilement au contact de l'utérus tout voisin, la paroi vésicale postérieure, puis au contact du péritoine pariétal la paroi vésicale antérieure. Cet index juge du degré de pénétration des aiguilles dans l'épaisseur des parois vésicales et prévient tout risque de perforation. Ici encore, comme dans l'hystéropexie, nous utilisons des aiguilles-broches dont nous avons montré ailleurs les avantages. Afin de pouvoir commodément attacher la vessie à l'utérus et de ne pas être gêné à ce moment par l'immobilité de ce dernier organe qui vient d'être hystéropexié, il faut avoir soin de ne pas serrer immédiatement les fils d'hystéropexie, et attendre, pour le faire, que la vessie ait été suturée à l'utérus.

La dilatation de l'urèthre et l'introduction d'un doigt dans la cavité vésicale effrayeront peut-être quelques opérateurs. Cependant nous n'avons pas vu persister d'incontinence vésicale à la suite de ces manœuvres. Elle cesse au bout de peu de jours et quelquefois n'existe, même au début, qu'à un faible degré. Les symptômes de cystite légère observés dans quelques cas ont cédé à une ou deux injections de nitrate d'argent. En définitive, le doigt intra-vésical n'a causé que des inconvénients insignifiants et a considérablement facilité l'opération. Mais si ce point de technique n'était pas accepté, on ne devrait pas pour cela renoncer à l'opération que nous recommandons. La cysto-hystéropexie, la fixation de la paroi vésicale postérieure à l'utérus hystéropexié pourrait être faite par n'importe quel procédé.

Après cette intervention qu'on terminera par une périnéorrhaphie si l'état du périnée le réclame, non seulement la cystocèle disparaît, mais on observe, avant de refermer l'abdomen, un effacement, facile à comprendre, du cul-de-sac vésico-utérin qui semble être une garantie contre toute récidive.

Du traitement de la chute de matrice par un nouvel appareil.

— **Tieguère** (de Riesitza, gouvernement de Witebsk, Russie). — Les avantages, que mon nouvel appareil a sur les appareils proposés jusqu'à ce jour, sont les suivants :

1° Chaque malade peut elle-même, sans le secours d'un médecin, introduire et retirer dehors cet appareil quand elle le désire.

2° Chaque malade peut l'agrandir ou le diminuer, c'est-à-dire que chaque malade peut facilement l'approprier à ses organes génitaux.

3° Par conséquent, il est évident qu'en se servant de ce nouvel appareil on peut éviter l'irritation des organes génitaux et la stagnation des écoulements qui dès lors ne peuvent devenir fétides ou purulents.

Nouveau traitement du prolapsus utérin.

— **Inglis Parsons** (Londres). — En présence d'un prolapsus, il faut renforcer les ligaments larges et les mettre en état de supporter le poids de l'utérus. Le principe du traitement, que je propose et que j'ai employé avec succès dans 30 cas, est très simple et consiste dans l'utilisation des pouvoirs réparateurs de la nature. Quand il se fait un déplacement dans une articulation, nous savons tous qu'à la suite il survient une tuméfaction autour de la région lésée. Cette tuméfaction consiste dans une effusion de lymphe C'est là le premier effort de la nature pour réparer la lésion. Après un mois ou deux, la tuméfaction a disparu pour la plus grande part, les déchirures ligamenteuses ont été réparées par du tissu fibreux néoformé, et la lymphe a rempli le rôle qui lui est dévolu.

Quand la matrice s'abaisse, le processus s'opère d'une façon très graduelle : il s'écoule des mois et même des années avant que le prolapsus soit très marqué. La conséquence de cette évolution lente, c'est l'absence de stimulus pour une formation de lymphe comme en produit la luxation brusque d'une articulation ordinaire. Je me propose donc de remédier à ce défaut de stimulus pour la production de la lymphe, de le produire artificiellement, puis de laisser à la nature le soin de restaurer les ligaments surdistendus. Mais quel agent stimulant choisir ? Il doit remplir plusieurs conditions : *a*) être antiseptique ; *b*) exercer une action exclusivement locale ; *c*) en cas d'ab-

sorption, ne pas exercer d'effet fâcheux sur l'organisme. Or, le sulfate de quinine répond autant que possible à ces *desiderata*. Injecté dans le tissu cellulaire du bras, il paraît s'y précipiter, et y détermine une effusion de lymphe qui persiste plusieurs semaines. Il offre également l'avantage d'être fortement antiseptique et d'exercer une action tonique sur l'organisme en cas d'absorption.

On injecte, par le vagin, une solution de sulfate de quinine dans le tissu cellulaire des ligaments larges.

Artères et veines étant situées dans la partie interne des ligaments larges, on ne court pas le risque de les léser si l'on enfonce, par le vagin, l'aiguille dans un point convenable. De même, des uretères. Les deux tiers externes des ligaments larges ne contiennent ni veines ni artères importantes, et on peut les attaquer franchement, les ouvrir par le vagin sans avoir un seul vaisseau à lier. L'opération ne demande que quelques minutes et ne comporte aucun risque pourvu qu'on la fasse avec soin, antisepsie et précautions *Il est essentiel que la pointe de l'aiguille pénètre dans l'intérieur du ligament large, dans le tissu cellulaire interligamenteux*. L'anesthésie est utile parce qu'elle assure l'immobilité, mais n'est pas nécessaire.

Technique opératoire : la femme est placée dans la position de la taille. Le vagin, qui a été irrigué plusieurs jours, est lavé avec une solution de sublimé à 1 p. 2000. L'intestin a été exonéré. On refoule en bas la paroi postérieure du vagin avec un spéculum de Sims, tandis que la paroi antérieure est attirée en haut à l'aide d'un rétracteur. En quelques cas de prolapsus accusé, avec un grand relâchement des parois vaginales, ces parois peuvent se dérouler, faire saillie entre les deux écarteurs et masquer le champ opératoire : il faut alors recourir, en outre, à des écarteurs latéraux. Le champ opératoire étant ainsi découvert, on fait l'injection de chaque côté à travers la paroi vaginale, en s'appliquant bien à ce que l'aiguille chemine perpendiculairement à la base du ligament large, parallèle au long axe de l'utérus.

Quand la malade n'est pas anesthésiée, elle supporte péniblement la piqûre. Mais, dès que l'injection commence, la douleur ne dure pas au delà de quelques minutes. La sensibilité varie d'ailleurs suivant les sujets ; on pourrait l'atténuer par une injection d'eucaïne. L'injection faite, avant de reporter la malade dans son lit, il faut mettre l'utérus en bonne position, en antéversion et l'y assurer par l'application d'un pessaire, qu'on laisse *in situ* quatre à cinq jours et qu'on enlève quand l'exsudation lymphatique maintient l'utérus en bonne place.

Le titre de la solution quinique importe. Trop élevé, la solution peut provoquer la suppuration ; trop faible, l'effet est insuffisant. L'auteur s'est arrêté à la proportion de 1 pour 5 (1). La quantité de la solution injectée varie avec la gravité du cas (30 à 40 minims environ de chaque côté, à chaque injection). Quand il y a nécessité de faire une deuxième injection, il faut laisser un intervalle d'au moins trois semaines.

Suites. — Elles sont, *en général*, des plus simples. Les premiers jours, un peu d'élancement dans le pelvis ; pas de signes de phlegmasie locale, pas d'hyperthermie. L'effet produit par l'injection varie aussi avec l'état de santé du sujet. L'effusion lymphatique est naturellement plus abondante chez une femme vigoureuse, de bonne constitution. D'autre part, d'autres conditions, degrés divers du relâchement des ligaments, poids de l'utérus, etc., influent sur les résultats de l'injection.

Quand l'injection a provoqué l'effusion lymphatique, les meilleures conditions, pour lui permettre de produire le résultat visé, c'est de maintenir la femme au lit, dans le décubitus horizontal, un ou deux mois. Toutefois, à cause des alternatives de réplétion et d'évacuation de la vessie, il est impossible de mettre l'utérus au repos absolu, etc. Aussi chez 25 opérées seulement sur 30, l'organisation de la lymphe fut tout à fait satisfaisante. Chez les autres, il n'en fut pas ainsi.

Le résultat du traitement, quand l'utérus est maintenu élevé, s'affirme d'ordinaire plus nettement après trois à quatre mois. L'utérus diminue de volume ; les larges érosions, les écoulements profonds spontanément, disparaissent ; les parois vaginales récupèrent plus ou moins leur tonicité ; les cystocèles et rectocèles se guérissent ou diminuent suivant leur degré primitif.

Le traitement n'empêche, ni n'interrompt la grossesse. Au total, 30 cas traités ont donné : *a*) 25 succès ; *b*) 3 améliorations ; *c*) 2 échecs.

Le traitement du prolapsus utérin.

— **J. Kiriac** (Bucarest). — L'auteur a imaginé une méthode spéciale qui consiste dans la fixation aux parois abdominales, non seulement de l'utérus, mais de la vessie elle même. Cette opération, faite pour

(1) 2 *minims* 1/2 d'acide sulfurique et 2 minims 1/2 d'eau, le minime valant 1/60e de drachme.

la première fois à Bucarest en 1891, a été nommée par l'auteur : *Hystéro-cysto-ventro-pexie.*

En 1895, le 14 novembre, l'auteur ne s'est pas contenté d'une hystéropexie simple ; en effet, il y a ajouté l'enlèvement d'un lambeau assez grand, pris sur la face antérieure de l'utérus et un autre sur la paroi abdominale. Ces deux surfaces saignantes sont, après, réunies entre elles par des fils de soie.

Voici, du reste, la manière de pratiquer l'opération :

On met la malade dans la position inclinée de Trendelenburg. Une fois le prolapsus réduit, on ouvre l'abdomen ; on saisit l'utérus soit avec la main, soit avec une *pince-érigne* et on le fait sortir au niveau de la plaie abdominale. Alors, on dessine sur la surface antérieure de l'utérus un lambeau généralement de 3 c. q. et on commence une dissection minutieuse en entamant même le tissu musculaire utérin. Après cela, on résèque de chaque côté de la plaie une partie correspondante du péritoine pariétal. On applique une compresse stérilisée sur la plaie utérine pour faire cesser la petite hémorrhagie éventuelle. Un aide introduit une sonde de femme dans la vessie et pousse le fond de cet organe le plus haut possible ; la paroi postérieure de la vessie est réunie à la face antérieure de l'utérus, au-dessous du lambeau incisé, par un point de suture verticale toujours à la soie. La paroi antérieure de la vessie est attachée à la paroi abdominale par un autre point de suture au-dessus de la symphyse. On fait après l'hystéropexie par la méthode ordinaire (Czerny) en mettant en contact les deux larges surfaces saignantes de l'utérus et de la paroi abdominale dépourvue de son péritoine. On ferme l'abdomen par plusieurs points de sutures à deux étages et l'opération est terminée.

1) Cette méthode, d'après l'auteur, serait supérieure à toutes les autres dans ce sens que la réunion de l'utérus et de l'abdomen se fait par de larges surfaces saignantes qui donnent une cicatrice assez solide et permanente, impossible de céder. La preuve en est dans un cas où l'auteur a pu revoir une malade une année après l'opération avec une récidive de la cystocèle, tandis que l'utérus est resté à la même place où il avait été fixé au moment de l'opération, c'est-à-dire à 9 cm. au-dessus de la symphyse. C'est pour cela que l'auteur se propose de fixer à la première occasion la vessie à l'utérus et à la paroi abdominale, toujours par des surfaces saignantes.

2) Bien qu'on fixe l'utérus très haut, atteignant même 9 cm. au-dessus de la symphyse, bien que la vessie soit fixée à l'utérus et à

l'abdomen, sur 15 opérations l'auteur n'a jamais constaté des troubles dans la fonction urinaire.

3) Quant à l'accouchement, il n'y aurait pas d'inconvénients, étant donné que d'un côté l'opération devrait être pratiquée sur des femmes âgées et d'un autre côté, s'il s'agissait même de femmes jeunes, la gravidité ne pourrait pas être entravée, vu que le fond de l'utérus reste libre, le lambeau étant confectionné à partir de l'isthme et s'arrêtant à une distance assez éloignée du fond de l'utérus.

Cystopexie indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne.

— **Paul Petit** (Paris). — L'aponévrose dénommée *ombilico-vésicale* par M. Delbet, et que je préfère appeler *ombilico-pelvienne* puisqu'on peut la suivre sur toute l'étendue du petit bassin, résulte d'une condensation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle naît, au voisinage de l'ombilic, au devant du péritoine et de l'ouraque, et descend, entre les deux artères ombilicales, pour engainer la partie sus-diaphragmatique des viscères pelviens et les vaisseaux qui lui sont destinés. L'enveloppe celluleuse du rectum, la trame celluleuse du ligament large, l'albuginée utérine ne sont que des dépendances de cette membrane. En abordant la vessie, elle se dédouble nettement en deux feuillets : le feuillet superficiel couvre la face postéro-supérieure de l'organe ; le feuillet profond couvre sa face antéro-inférieure et le segment extravaginal de sa face postéro-inférieure.

Après avoir mis à nu et isolé la partie abdominale de cette aponévrose, que l'on y taille un lambeau, entre les deux artères ombilicales, du voisinage de l'ombilic à la vessie dont elle enveloppe, comme nous venons de le dire, la majeure partie, il suffira de tirer de bas en haut sur ce lambeau, pour soulever d'autant la vessie et la paroi vaginale antérieure. Entrons dans le détail :

Pour découvrir l'aponévrose, il faut inciser la gaine des muscles droits, récliner de part et d'autre ces muscles, isoler et détacher autant que possible le fascia propria Pour la séparer du péritoine, il faut commencer par faire une courte incision, le long et en dedans de l'une des artères ombilicales et profiter du relief de l'artère pour glisser. par cette petite brèche, une sonde cannelée qui amorce le décollement. Ceci fait, on incise l'aponévrose :

D'abord transversalement, entre les deux artères ombilicales et à

peu de distance de l'extrémité supérieure de l'incision pariétale, en tranchant du même coup l'ouraque dont on pince le bout inférieur ; puis, de haut en bas, en dedans des artères ombilicales, en visant à peu près l'épine du pubis. C'est dire que cette incision descendante diverge moins que les artères ombilicales ; que, d'abord à leur contact elle les laisse s'écarter, de plus en plus, en dehors, à mesure qu'elle s'approche du pubis. Elle s'arrête tout près de son bord supérieur, non loin des bords latéraux de la vessie (que pour un peu elle entamerait) et de chaque côté de la corne vésicale antéro-supérieure. On a ainsi isolé, entre les deux artères ombilicales, un lambeau d'autant plus épais qu'on se rapproche davantage de la vessie, et qui se dédouble, en l'abordant, pour l'envelopper.

En tirant sur ce lambeau, à l'aide des pinces qui y sont fixées, on élève en même temps la corne vésicale et, la position de Trendelenburg aidant, on peut facilement la porter jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Mais point ne doit être besoin d'une élévation aussi marquée pour obtenir, dans tous les cas, une bonne réduction de la cystocèle, surtout quand on a fait, ce qui doit être la règle, une colporrhaphie antérieure. Il est rationnel d'arrêter le mouvement quand la paroi vaginale sous-vésicale devient suffisamment rigide. Le bout inférieur de l'ouraque, par suite de la traction exercée, se trouve dépasser le bout supérieur de la hauteur même, toutes choses égales d'ailleurs, correspondant à l'élévation de la vessie.

Que les tissus soient fixés en l'état, et le lambeau (c'est-à-dire à peu près la totalité du segment abdominal de l'aponévrose ombilico-pelvienne) se trouvera raccourci d'autant et la corne vésicale sera maintenue à la hauteur choisie.

Pour cette vésico-fixation indirecte :

Plusieurs anses de catgut superposées étreignent perpendiculairement à sa longueur le lambeau dont la partie la plus résistante est représentée par l'ouraque ; puis, chacun des deux chefs de chaque anse s'enfile à droite et à gauche :

1° A travers la lèvre externe de l'incision de l'aponévrose en passant : *a*) en dedans de l'artère ombilicale dans la partie basse de l'incision, là où l'artère se porte déjà très en dehors, là où l'aponévrose est assez épaisse ; *b*) en arrière, puis en dehors de l'artère ombilicale, dans la partie haute de l'incision, là où l'artère est assez rapprochée de l'ouraque, là où l'aponévrose est peu épaisse et se trouve bien de la présence de l'artère tout près de son incision pour donner appui au fil ;

2° A travers le muscle droit et les deux feuillets de sa gaine. Les anses de fil qui embrassent le lambeau, une fois serrées, le transforment en une corde dont l'ouraque normal est le centre, en font comme une sorte d'ouraque renforcé et très solide que l'on raccourcit par section de toute la partie qui dépasse l'incision transversale et supérieure de l'aponévrose. D'autre part, étant donné le trajet que suivent avant d'être nouées à nouveau, les chefs de chaque nœud, on voit que le lambeau, tassé sur lui-même, est remis en continuation avec le fascia sous-péritonéal et très solidement fixé à la paroi.

Lawson Tait (1) a décrit, avant moi, un procédé similaire à lambeau péritonéal. Après incision de la paroi et exposition des artères ombilicales, il incise transversalement le péritoine à égale distance du pubis et de l'ombilic, sur une longueur de 1 pouce et demi. De chaque extrémité de cette incision en part une autre dirigée en bas et en dehors, sur les côtés de la vessie, juste en dehors des cordons. On attire le lambeau qui comprend à la fois le péritoine et l'aponévrose ombilico-pelvienne puisqu'ils sont adhérents et qu'on n'a pas pris la peine de les décoller, et on le maintient par des sutures qui traversent la paroi abdominale.

Ce procédé a peut-être sur celui que je propose l'avantage d'être expéditif. On pourra y recourir pour les femmes grasses chez lesquelles l'aponévrose ombilico-vésicale est moins résistante, moins distincte; toutes les fois qu'on éprouvera quelque peine à l'isoler du péritoine, suivant le tour de main indiqué. Mais j'estime qu'en bornant le raccourcissement à cette aponévrose on répond mieux aux conditions physiologiques; qu'en la tassant en un cordon médian, on obtient un point d'appui au moins aussi solide qu'en cousant, tel qu'il se présente par ses bords, le lambeau péritonéo-fibreux; qu'il n'est pas encore absolument indifférent, au moins pour les malades, malgré les progrès accomplis, d'ouvrir ou non le péritoine.

Qu'on emploie l'un ou l'autre procédé, je crois qu'il est préférable de laisser les artères ombilicales en dehors du lambeau, c'est-à-dire de faire les incisions longitudinales destinées à obtenir celui-ci en dedans des artères, sans quoi, étant donnée leur divergence, on les coupe fatalement avant d'atteindre le bord vésical et l'on supprime

---

(1) LAWSON TAIT. Opération pour le relèvement de la vessie chez la femme, dans le prolapsus ou la cystocèle. *Brit. med. Journal*, juillet 1898.

ainsi les deux cordages de soutien du hamac fibreux dans lequel repose la vessie.

Ces deux procédés me paraissent présenter les mêmes avantages au point de vue physiologique que le raccourcissement des ligaments ronds, à savoir de reconstituer et renforcer les agents de suspension normaux, de remettre les organes en bonne place sans prendre un point d'appui anormal sur leur paroi.

Je les crois supérieurs à ce point de vue : au procédé de vésico-fixation de Tuffier qui aborde la vessie comme pour une cystotomie, sans ouvrir le péritoine, et la fixe par sa paroi intra-vésicale ; au procédé de Vlaccos qui, après injection intra-vésicale et incision du péritoine pariétal, passe ses fils à travers la couche musculaire de la paroi postéro-supérieure de la vessie distendue ; au procédé de Dumoret qui agit de même sauf qu'il passe entre le péritoine viscéral et le muscle ; au procédé de Laroyenne qui introduit le doigt dans la vessie, pour être bien sûr, en s'attaquant à cette même paroi de l'organe, de traverser sa couche musculaire, sans pénétrer dans la cavité vésicale.

Je ne me refuse pas absolument à saisir, dans le fil le plus inférieur, le sommet de la vessie, mais point n'est besoin en ce cas, d'avoir le doigt sur la surface muqueuse pour éviter de la traverser. Il suffit de savoir que, sur la ligne médiane du point d'attache de l'ouraque à la cavité vésicale, il y a, la vessie vide, c'est-à dire quand la corne vésicale est à son état de rétraction normale, une épaisseur de tissu de 1 centimètre, épaisseur qui se double quand on tend la corne vers l'ombilic.

Je n'ai encore expérimenté que sur le cadavre le procédé que je propose, pour la bonne raison que les colporrhaphies bien serrées me donnent des résultats suffisants. Mais je le recommande aux fervents de la cystopexie et je ne dis pas que je n'en fasse pas moi-même l'application en cas de cystocèle très prononcée, chez les femmes atteintes de cette faiblesse générale des tissus qui incite à l'emploi de manœuvres exceptionnelles.

Traitement conservateur de l'inversion utérine.

— **Spinelli** (Naples). — (Voir plus haut, p. 195.)

Discussion.

— **Morisani** (Naples). — Comme j'ai opéré une femme d'inversion de la matrice avec le procédé d'un de mes aides M. le Dr Pinoli, vous me permettrez de rectifier certaines affirmations du précédent orateur. Il faut établir d'abord, que Pinoli, dans la réunion du 1894 à Rome, a proposé une méthode nouvelle pour réduire l'inversion chronique de l'utérus. Voici en quoi consiste cette méthode : Il s'agit d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin après désinfection, de fixer la matrice inversée et de pratiquer une incision dans la paroi postérieure de l'utérus, depuis l'orifice extérieur du col jusqu'au fond de l'organe. Après quoi on réduit très facilement la matrice inversée et puis on pratique la suture de la plaie utérine et de celle du vagin.

Il discute les raisons, par lesquelles c'est préférable d'ouvrir la paroi postérieure, au lieu d'ouvrir le cul-de-sac antérieur du vagin.

Les raisons exposées par l'orateur qui m'a précédé n'ont pas beaucoup de valeur. D'abord, elle n'est pas exacte l'affirmation que les annexes de l'utérus s'atrophient, et que la matrice devient atrophique et très mince dans l'angle où correspond l'orifice interne ; et qu'après l'opération il se produit une rétroflexion de l'utérus. Chez la femme que j'ai opérée la matrice après l'opération est restée à la place naturelle; aucune inclinaison en arrière ne s'est produite J'ai observé cette femme deux ans après l'opération pratiquée, et j'ai pu me convaincre que l'utérus était resté dans la place naturelle sans aucune déviation.

Les méthodes de Küster et de Kehrer, selon lesquelles on dit que j'ai opéré, présentent une différence considérable avec l'opération que j'ai pratiquée. Küster, en effet, ouvre la matrice de l'orifice interne jusqu'à 2 centimètres du fond, et il fait la réduction de l'organe à travers le trou fait au corps de l'organe. Kehrer fait une incision partant de l'orifice externe du col, et la prolonge en haut dans le corps de la matrice, et il fait la réinversion à travers l'incision. Il n'y a évidemment aucune comparaison à établir entre les opérations des deux opérateurs cités et la méthode de réinversion que j'ai pratiquée. Un autre de mes aides le Dr Sava a fait la même opération, avec le même résultat.

Or je me demande, quelle particularité présente le procédé décrit par l'orateur qui m'a précédé ? Il dit qu'il a fait la suture du col de l'utérus au vagin suivant la méthode de Dürhssen; mais d'abord la méthode de Dürhssen est déjà ancienne et on doit la considérer comme une autre

opération adjointe à la première, opération qui n'est pas toujours nécessaire. Toutes les fois que la matrice reste à sa place après la réinversion, il n'y a aucun besoin de pratiquer l'opération de Dürhssen.

Je conclus : Pour la réinversion chronique de l'utérus inversé, il n'y a qu'une seule opération à faire et elle appartient au Dr Pinoli (celle que moi et le Dr Sava nous avons pratiquée) ; tout le reste ce sont des opérations ajoutées à la première, et n'ayant qu'un intérêt relatif dans les cas où on trouve leur indication.

Des troubles de la menstruation dans certaines maladies de l'estomac.

— **Boimond**. — *Conclusions*. Il résulte de nos observations :

1° Que les troubles de la menstruation sans lésion anatomique ne sont pas une entité morbide ; mais un syndrome dépendant d'une maladie de l'estomac, plus particulièrement de la dilatation de l'estomac par atonie des parois, ou d'une dyspepsie, chez les personnes ayant une tare neuro-arthritique ;

2° Que le traitement doit être dirigé contre la maladie principale ; et non contre la dysménorrhée, la ménorrhagie et la métrorrhagie qui ne sont que symptomatiques.

Séance du 7 août (après-midi).

Deuxième question à l'ordre du jour :

MÉTRITES CERVICALES

1° Rapport de Döderlein (Tübingen).

Si nous voulons, à l'heure actuelle, exposer l'étiologie des processus inflammatoires d'un organe quelconque du corps, nous devons, constamment et en premier lieu, considérer et rechercher les microorganismes comme les facteurs primitifs de la maladie. Précisément, les travaux féconds et riches en heureux résultats de ce dernier quart de siècle nous ont enseigné qu'à l'origine de presque toutes les maladies, évoluant avec le complexus anatomique et clinique de l'inflammation, il y a, comme agents pathogènes, des bactéries.

Cet organe est-il, comme c'est le cas pour celui dont nous devons nous occuper, en communication et en contact avec le monde extérieur? nous sommes conduit à admettre avec d'autant plus de vraisemblance que les transports de germes jouent dans l'inflammation un rôle causal.

Et nous devons estimer le danger de l « *'infection hétérogène* » d'autant plus grand que ces relations avec le monde extérieur sont plus étroites.

Au premier abord, le vagin et l'utérus semblent courir à peine autant de danger qu'un autre organe du corps, et, pourtant, ces organes, chez la femme adulte, sont par leur situation et par leur fonction très exposés.

Cependant, si nous voulions éclairer le problème de l'inflammation du col par ces seuls points de vue théoriques et *a priori*, nous risquerions de nous acculer à une impasse qui nous éloignerait de la vérité

Le canal génital, polymorphe de la femme, dont la fonction comporte avec elle des occasions si nombreuses de maladie et surtout d'infection, accomplit sa destinée si sujette à changements sans mettre, pour cela, en trop grand danger la santé et la vie de la femme.

Sous le rapport des facultés de défense des organes génitaux féminins contre les influences extérieures défavorables, le col de l'utérus prend, entre les diverses régions du canal génital, une place spéciale.

Les recherches sur la sécrétion vaginale nous ont fait connaître nombre de faits, au début très surprenants, mais de nature à bien rassurer et qui établissent qu'en cette région comme en d'autres, comme pour d'autres organes s'ouvrant à l'extérieur, poumons, voies aériennes, cavité naso-buccale, il existe des moyens de défense de diverses sortes contre la pénétration et le développement de bactéries dangereuses, moyens de défense qui sauvegardent, sinon entièrement, tout au moins à un haut degré, l'état de santé des organes génitaux féminins.

La connaissance et l'étude du pouvoir de défense dont jouit la région ont au moins autant d'importance que la démonstration réelle de la présence des bactéries dans une maladie. Je ne suis porté à reconnaître, en toute confiance, à cette dernière condition une part étiologique que si l'accès de ces organismes sur l'organe considéré est compatible avec les attributs biologiques dévolus à cet organe. Les nouvelles investigations s'appliquent non à la démonstration simple des facteurs des maladies, mais à la découverte de leurs conditions

d'existence dans la sécrétion vaginale : aussi, leur doit-on beaucoup.

Les diverses portions du canal génital de la femme se comportent très différemment vis-à-vis de l'invasion et du développement des bactéries.

Alors que les organes génitaux externes et le vagin dans sa sécrétion renferment beaucoup de bactéries d'espèces diverses, au contraire la portion du canal génital, située au-dessus de l'orifice externe du col de l'utérus, en est, *les conditions étant normales*, totalement dépourvue.

Les laborieux et minutieux travaux de Menge ont montré d'une manière exempte de reproches que précisément le col de l'utérus joue un rôle important pour maintenir la portion supérieure du canal génital libre de bactéries.

Par ses caractères anatomiques et fonctionnels comme par ses attributs physiologiques et biologiques se distinguant du vagin aussi bien que de la matrice, le col utérin est en quelque sorte une pièce intermédiaire, située entre la portion inférieure du canal génital en communication avec le monde extérieur, et la portion supérieure qui présente *l'ostium* abdominal, les oviductes et la cavité utérine.

De ce fait, le col de l'utérus paraît d'une part particulièrement exposé, par en bas, à contenir des éléments morbides apportés, contre lesquels, à cause de la structure de sa muqueuse si riche en recoins, il semble moins bien défendu que le vagin aglandulaire et recouvert d'un épithélium pavimenteux résistant. Et, d'autre part, la mission lui incombe de protéger les cavités utéro-tubaire et péritonéale contre l'immigration d'hôtes importuns. Cette mission spéciale de se défendre soi-même et d'être en même temps une sorte de sentinelle placée à l'entrée de la région, le col peut l'accomplir à la faveur de ses attributs anatomiques et des propriétés physiques et chimiques de sa sécrétion. A parois rigides, le canal étroit du col ne communique avec le vagin que par un petit orifice, la portion du col tournée vers le vagin est tapissée par un épithélium pavimenteux, aglandulaire, résistant, tandis que le canal lui-même est recouvert par une muqueuse traversée de glandes à sécrétion visqueuse et est rempli de mucus alcalin, clair, adhérent.

Les causes en raison desquelles, malgré cette communication libre avec le vagin toujours riche en bactéries, malgré aussi les rapports éventuels avec le monde extérieur contenant des bactéries, le mucus du col reste libre de microorganisme, sont diverses.

En premier lieu, il faut tenir compte de cette circonstance, que la sécrétion vaginale acide et très fluide offre pour le développement

des bactéries des conditions tout autrement favorables que le mucus cervical alcalin, visqueux. Mais comme la nature du terrain exerce une influence spéciale sur la flore qui s'y développe, qui y devient familière, de même quand, éventuellement, elles constituent un milieu nutritif pour le monde végétal le plus inférieur, les sécrétions du col opèrent une sélection sur le développement des espèces habituelles.

En conséquence, on ne trouve pas dans la sécrétion vaginale un mélange variable, mélangé, désordonné de bactéries, ainsi qu'on pourrait le supposer si on ne songeait qu'aux occasions nombreuses de contamination, aux voisinages dangereux et si l'on ne voyait dans la sécrétion vaginale qu'un milieu de culture humide et pauvre.

Dès la naissance, c'est-à-dire chez le nouveau-né, vierge de bactéries, beaucoup plus chez les enfants et les jeunes filles, où les hôtes du vagin mènent une existence non troublée, la sécrétion du vagin n'admet qu'un bacille spécial, remarquable par cette qualité riche en conséquences, d'être un producteur actif d'acide.

Après la défloration, l'état bactérien de la sécrétion vaginale se modifie aux dépens de sa pureté bactérienne, en ce sens que des espèces diverses, dans quelques cas même, à la faveur de certaines conditions, des espèces pathogènes peuvent y vivre et s'y acclimater. Mais, en général, ce sont des parasites inoffensifs, qui réclament comme condition d'existence une acidité du milieu nutritif.

C'est dans les qualités chimiques de la sécrétion vaginale, et dans les déchets, toujours abondants en cette région, de l'activité organique des saprophytes habituels qui exigent des éléments acides et en produisent, que réside la cause en vertu de laquelle d'autres microorganismes que les hôtes habituels n'y rencontrent aucune condition de développement : accidentellement apportés à ce niveau, des germes étrangers y périssent promptement.

Il faut voir dans cette propriété élective et bactéricide de la sécrétion vaginale la raison principale grâce à laquelle le canal cervical reste libre de germes, en ce sens qu'au niveau de l'orifice externe il existe, au point de vue chimique et physique, un changement complet dans les conditions d'existence. Au lieu de la sécrétion vaginale plus ou moins fluide, liquide, et riche en éléments cellulaires, intervient un mucus complètement dépourvu de cellules, extrêmement tenace, adhérent et fortement alcalin, qui certainement est toxique pour les hôtes habituels du vagin.

Mais comme l'a montré Menge, la faculté de défense propre au

col va encore plus loin, car il réussit à se défendre non seulement contre ces organismes du vagin, mais encore il écarte les bactéries qui, à l'occasion d'un contact avec le monde extérieur, sont apportées directement en haut.

Déjà cette circonstance, que la portion du col au niveau de l'orifice externe est bien fermée, que son tissu est inextensible et qu'elle offre seulement une petite surface de contact, rend difficile l'importation directe de bactéries. Mais jamais ces bactéries ne se développent. Menge a pu précisément, dans les milliers de cas qu'il a examinés, constater que le mucus cervical était libre de germes. Bien plus, il a pu, dans 15 cas de contamination artificielle (bacillus pyocyaneus, staphylococcus pyogenes aureus et streptococcus pyogenes), constater la disparition complète en douze heures de ces hôtes étrangers, sans apparence d'une modification quelconque, anatomique ou sécrétoire, ou d'un changement dans l'état général de la femme.

La seule réaction constatable de l'organe consiste dans une multiplication de leucocytes et dans une *phagocytose très nette.*

En raison de ces faits, on devrait dénier à tous les germes saprophytes, c'est-à-dire à ceux qui ne végètent que sur les corps organiques, sans vie, également aux microorganismes qui ne se développent que dans la sécrétion, toute possibilité d'existence dans le col sain. Mais si des circonstances particulières (rétention de sécrétion ; nécroses de tissu dans les tumeurs, cancéreuses, fibroïdes, etc. ; traumatismes, utérus puerpéral) interviennent qui créent des conditions favorables au développement des bactéries, cet état de choses peut aboutir à un développement de germes dans l'utérus.

Parmi les parasites, agents pathogènes, qui se distinguent par la propriété d'attaquer le tissu vivant, il en existe deux espèces qui pourraient avoir une importance étiologique dans la métrite du col : *a*) le gonocoque de Neisser et *b*) le bacille de la tuberculose, de Koch. De ces deux, le premier joue dans cette région un rôle de beaucoup plus important que le second. La localisation de la tuberculose au niveau du col de l'utérus reste parmi les éventualités les plus rares.

Vis à-vis du gonocoque, les facultés défensives, chimiques et physiques, au niveau de l'orifice inférieur de l'utérus en dépit de sa parfaite intégrité anatomique, restent en défaut. Apportés dans le coït et avec le sperme directement sur l'orifice externe, les gonocoques envahissent en vrais parasites les cellules épithéliales cylindriques de la muqueuse cervicale, qui leur sont évidemment très appropriées et très accessibles.

Et. lorsqu'ils se sont établis dans les cellules elles-mêmes et dans les recoins intercellullaires, il leur est aisé, par voie d'accroissement en surface, de se diffuser en haut sur et dans la muqueuse, et de se nicher de telle façon qu'il serait aussi difficile de les déloger à ce niveau et de les tuer que dans la profondeur et les cryptes de l'urèthre mâle. Il est remarquable que, dans la métrite gonorrhéique du col, le gonocoque reste toujours isolé. On ne le rencontre jamais combiné avec une autre espèce de bactérie, pas plus du reste que dans le pus d'un pyo-salpinx de nature gonorrhéique. Évidemment, le gonocoque doit cet isolement à ses propres produits de désassimilation qui remplissant la sécrétion, doivent agir en réprimant, jusqu'à extinction, le développement d'autres bactéries.

Le processus pathologique développé par le bacille tuberculeux au niveau du col de l'utérus sort entièrement du domaine de la « métrite du col » proprement dite, en ce sens qu'il ne s'agit pas ici d'une phlegmasie intéressant uniformément la muqueuse et le tissu avoisinant, mais d'une altération purement spécifique, caractérisée par une désorganisation anatomique ulcéreuse, et plutôt en foyers. Tout à fait contrairement à l'infection gonorrhéique, la localisation, *isolée*, de la tuberculose sur le col de l'utérus est une rareté clinique à peine trouvable. Il semble en fait plus utile d'écarter entièrement ce processus du domaine de la cervicite pour le faire rentrer dans celui de la tuberculose génitale, de même que la tuberculose pulmonaire occupe une place toute spéciale parmi les affections inflammatoires des poumons.

Pour les mêmes raisons, je tiens les processus syphilitiques et diphtéritiques de la portion vaginale du col de l'utérus pour des manifestations plus ou moins secondaires d'une maladie générale, qui ne doivent pas rentrer dans l'étude de la métrite du col. De même les infections des plaies du col de l'utérus méritent une place spéciale à cause des particularités spéciales à leurs conditions de production et à leur mode d'évolution particulièrement aigu. Ce que nous entendons, de toute ancienneté, par « *métrite du col* » n'est produit ni par le streptocoque, ni par le staphylocoque ni par d'autres espèces de germes semblables.

Sans doute, ainsi que Bumm l'a établi, les germes infectieux peuvent à la suite d'avortements septiques, d'endométrites puerpérales aiguës, séjourner plus de trois à six semaines dans l'utérus et le col, et là se nicher dans la profondeur ou dans les couches nécrotiques,

superficielles ; mais, dès que le tissu normal s'est reformé, que les érosions éventuelles se sont recouvertes de muqueuse, ces colonisations secondaires de bactéries disparaissent spontanément.

De ces considérations il ressort : que le gonocoque de Neisser est le seul organisme capable de produire une inflammation aiguë et chronique du col de l'utérus intact. Cet exclusivisme dans l'appréciation de l'étiologie bactérienne de la métrite du col ne sera pas encore, à l'heure actuelle, partagé par tous les auteurs, d'autant moins que non seulement il se heurte aux opinions accréditées jusqu'à ce jour sur les occasions multiples d'infection de l'utérus, mais que, d'autre part, il existe nombre de recherches bactériologiques, avec résultats positifs, qui sont en opposition avec cette conception.

Il faut signaler ici les résultats positifs, au point de vue bactériologique, obtenus dans l'endométrite et dans la métrite par Péraire, Brandt, Wolf Cope. Gottschalk et Immerwahr.

Je n'estime pas utile de faire, ici, l'exposition et la critique minutieuses de ces travaux particuliers et je dois d'autant mieux y renoncer que je les ai déjà faites, il y a peu, dans le tome II du traité publié par J. Veit.

L'importance de la mission qui m'incombe aujourd'hui me paraît devoir consister à établir de façon précise ce qui a été acquis dans une question, et non à rassembler des hypothèses de toutes sortes sans choix, et des faits erronés. Il est impossible de réaliser un progrès si, de temps en temps, on ne supprime pas dans les questions débattues, ce qui paraît reconnu faux et si l'on ne fixe pas ce qui paraît définitivement établi. A la vérité, c'est à l'avenir de montrer si cet examen critique, lequel est toujours un examen subjectif, a touché juste. La remarque faite par Siebold dans des circonstances différentes s'applique ici : « *l'avenir peut ensuite élever sa voix qui corrige et perfectionne ; il peut montrer en quoi on s'est trompé, et indiquer ce que nous avons élevé trop haut et ce que nous avons trop rabaissé* ».

Étant donnés les résultats en réalité très médiocres que nous a donnés la bactériologie dans la question de l'étiologie de la métrite du col, nous sommes forcés de détourner d'elle nos yeux et de nous occuper d'autres circonstances auxquelles nous pourrions reconnaître un rôle actif dans la production de ces modifications anatomiques au niveau de l'utérus. Il existe une série nombreuse d'états qui présentent la physionomie clinique de la métrite (hypertrophie, hypersécrétion et érosion) et qui se distinguent par une altération, une modification de

la portion vaginale du col de l'utérus qui, depuis 40 ans, a attiré l'attention des auteurs, et à laquelle on a, alternativement, accordé trop ou trop peu d'importance. Ce sont des déchirures plus ou moins profondes qui, chez les femmes qui ont enfanté, font éclater le col et donnent à la dépression ronde-ovalaire du museau de tanche un aspect déchiré. Le Dr Roser, le premier, en 1861, dans un travail ayant pour titre « Das Ectropion am Muttermund », a mis en évidence l'importance des déchirures dans les altérations pathologiques du col ou de sa muqueuse, en faisant voir que la soi-disant « *granulation du museau de tanche* » est l'effet d'une « *éversion, d'une hernie de la muqueuse de l'orifice externe* », comparable à l'ectropion cicatriciel de la paupière.

La communication de Roser resta longtemps inaperçue. C'est seulement douze années plus tard qu'Emmet, dans un travail présenté le 28 septembre 1874, à la « Société médicale de New-York », attira l'attention sur l'influence nocive de ces déchirures du col, qui portèrent dans la suite son nom, et obtint que leur importance restât depuis incontestée. Emmet ne cita pas le travail de Roser ; il ne le connaissait pas et on songea d'autant moins à lui contester la priorité de la découverte, qu'au moment même où Roser mettait en relief les conséquences fâcheuses de ces déchirures, Emmet les reconnaissait déjà et traitait ces lésions chirurgicalement. Le 27 novembre 1862, Emmet opérait, pour la première fois, « *par l'avivement des surfaces et la coaptation des lèvres antérieure et postérieure* », une déchirure bilatérale du col, avec des sutures à points séparés. Au moment de la publication de son mémoire, c'est-à-dire en 1874, Emmet avait déjà pratiqué ce procédé opératoire près de 200 fois.

Indépendamment de Roser et d'Emmet, Olshausen a eu aussi le mérite de dégager une conséquence fâcheuse des déchirures du col : *leurs relations de causalité avec l'avortement habituel*. Ultérieurement, chez une femme qui, à l'occasion de son premier accouchement terminé par le forceps, avait subi une déchirure du col remontant jusqu'aux insertions du vagin et qui, de ce fait, avait 5 fois mis au monde des enfants prématurés, entre 4 et 6 mois, et non viables, Olshausen obtint par l'opération d'Emmet une guérison qui eut ce résultat : que, dans la suite, la femme mit au monde deux enfants à terme, et que, depuis l'opération, elle n'eut jamais ni fausse couche ni accouchement prématuré.

A l'heure actuelle aucun doute ne subsiste sur l'importance nosologique des déchirures d'Emmet. Et il est sans doute permis, à l'occasion du

congrès international, de rapporter les paroles prononcées par un homme éminent, M. Sims, dans la discussion que souleva le travail d'Emmet : « *Nous devons à Emmet un tribut de remerciements pour la contribution importante qu'il a fournie à la chirurgie de l'utérus. Comme de toutes les opérations, il en sera mésusé, mais le temps viendra où elle prendra sa place parmi les progrès les plus utiles.* »

Les conséquences de cette lacération du col sont diverses : béance du museau de tanche, éversion en ectropion, hypertrophie et épidermisation de la muqueuse du col. Mais je vois un danger particulier dans le fait que la délicate muqueuse du col, bien protégée dans l'état normal, est, à cause de la déchirure, exposée aux mêmes atteintes que le vagin défendu par un épithélium pavimenteux résistant. Des états irritatifs associés à une sécrétion abondante, à de la leucocytose, et à des processus phlegmasiques sont les suites inévitables de cet état anormal.

Si, maintenant, nous faisons intervenir, de nouveau, les bactéries en dernière ligne dans la production des phénomènes pathologiques, en ce sens que peut-être la muqueuse cervicale ne présenterait pas des états inflammatoires tellement accusés si elle n'entrait pas en contact avec ces microorganismes, il serait toutefois illogique et faux, sous le rapport des conséquences thérapeutiques, de choisir comme base de conduite la notion de l'infection et non pas les circonstances qui y ont donné lieu. Cela ressort déjà, nettement, du fait incontesté qu'avec la guérison des déchirures et la suppression de l'ectropion tous les phénomènes pathologiques disparaissent : *cessanda causa, cessat effectus.*

Enfin, il reste un groupe de cas dans lesquels on ne trouve comme cause de la *métrite du col* existante, ni infections spécifiques ni lésions anatomiques de l'espèce de celles dont il a été question.

Il s'agit de cet état caractérisé par une portion vaginale du col de l'utérus dure, épaisse, longue, coïncidant avec un utérus la plupart du temps hypertrophié, douloureux et de plus grande consistance. La cavité cervicale légèrement entr'ouverte donne issue à une sécrétion abondante, la zone autour du museau de tanche est rouge sur une large surface, elle saigne facilement, et il existe ces kystes, improprement dénommés œufs de Naboth, situés pour la plupart presque immédiatement au-dessous de la surface et remplis tantôt d'un mucus clair, transparent, tantôt d'une sécrétion suppurée, glaireuse.

Jamais le col n'est seul atteint, presque toujours le corps de l'utérus

est affecté de la même manière ; assez souvent même, d'autres régions de la zone génitale sont aussi intéressées, en sorte qu'on n'est pas conduit à rechercher la cause des accidents dans une condition locale, mais plutôt dans des influences auxquelles est exposé tout l'appareil génital.

Si nous voulons ici remonter aux causes, force nous est, au lieu de notions démontrées ou démontrables, de hasarder des hypothèses, de tirer des conclusions d'observations réitérées, de faire entrer en ligne de compte les considérations étiologiques qui se présentent dans la métro-endométrite : involution puerpérale défectueuse, affections des trompes et du col, troubles circulatoires, développement de tumeurs, psychoses liées à la vie sexuelle, etc.; il faut ainsi faire intervenir tout un groupe de maladies édifié sur une large base et laissant en certains cas un large champ à l'appréciation subjective de leur importance étiologique, si nous voulons nous rendre compte de la fréquence et de l'énorme diversité des formes particulières qui s'offrent à notre observation.

Tantôt c'est plutôt la muqueuse du col, tantôt celle de la portion vaginale, qui est le plus modifiée. Tantôt ce sont les processus scléreux, érosifs ou ulcéreux qui dominent : tantôt les altérations adénoïdes, polypeuses, hyperplasiques coïncidant avec le développement en longueur et en épaisseur de la portion cervicale, etc. — De ces altérations anatomiques bien connues, les plus intéressantes sont encore les érosions du museau de tanche : elles marquent le revêtement muqueux de la portion vaginale du col d'une métaplasie épithéliale tout à fait spéciale dans cette région.

Dans les premières périodes de la vie embryonnaire, tout le canal de la copulation est tapissé d'un épithélium cylindrique ; plus tard, le revêtement épithélial se transforme assez exactement jusqu'à l'orifice externe de l'utérus en épithélium pavimenteux. Mais tandis que la muqueuse du vagin elle-même ne présente aucun élément qui rappelle cette phase première et transitoire du développement, au contraire, au niveau des ulcérations du museau de tanche surviennent, même dans les périodes avancées de la vie, des métaplasies épithéliales telles que, souvent, on rencontre de nouveau dans une large zone autour de l'orifice externe, au lieu de l'épithélium pavimenteux, de l'épithélium cylindrique. Nous devons aux travaux classiques de Ruge et de Veit la connaissance exacte de ces sortes d'aberrations évolutives si discutées, du revêtement épithélial de la portion vaginale. Cushing, Doléris et

Mangin, Hart et Barbour sont les auteurs des différents pays qui, à la suite de recherches personnelles, ont confirmé les résultats de Ruge et de Veit. Après la chute des couches cellulaires superficielles, la rangée de cellules la plus inférieure du réseau de Malpighi se transforme en épithélium cylindrique. Mais ce n'est pas seulement cette transformation qui aboutit à la formation de l'érosion ; il faut faire entrer en ligne de compte la tendance de ces éléments cylindriques à proliférer, à croître dans la profondeur, à se disposer en tubes glandulaires qui, consécutivement à l'oblitération des canaux excréteurs, donnent lieu à des espaces creux, à des follicules (érosion folliculaire) qui souvent parsèment en très grand nombre le tissu dans la profondeur et y entretiennent un état constant d'irritation.

La couche cellulaire profonde de l'épithélium pavimenteux accuse, dans les états inflammatoires chroniques, la même tendance à s'accroître dans le tissu conjonctif de la portion vaginale, déjà à une époque où le revêtement épithélial lui-même est encore intact et montre un épithélium pavimenteux stratifié et non altéré, circonstance qui met en évidence de la façon la plus claire la spontanéité et la tendance à se multiplier des cellules situées dans le réseau de Malpighi.

En d'autres cas, la surface est plus crevassée, dilacérée, en sorte que des excroissances très vulnérables se forment facilement : c'est l'érosion papillaire opposée à la première variété, ou érosion folliculaire. C'est un fait incontesté aujourd'hui que, sur ces modifications épithéliales qui constituent l'essence même de l'érosion, de véritables ulcérations se produisent, à ce point qu'à la suite d'une dénudation plus complète du tissu conjonctif, ce dernier peut être le siège d'une infiltration de petites cellules.

Dans cette manière de voir, se relient les états anatomiques invoqués par Fischel et Ruge-Veit, en ce sens que l'exfoliation de l'épithélium mise en cause par Fischel n'est plus qu'un accident de l'érosion cylindro-épithéliale de Ruge-Veit.

Conséquemment, il n'existe à l'heure actuelle aucune divergence essentielle sur les altérations histo-anatomo-pathologiques du col utérin dans les états inflammatoires : puissent les travaux futurs réussir aussi à dissiper de plus en plus les obscurités et à faire cesser les divergences qui existent encore au sujet de l'étiologie, ce à quoi la bactériologie et l'observation clinique doivent ensemble concourir.

2° Rapport de Mendes de Léon (Amsterdam).

Le comité d'organisation de la section gynécologique a bien voulu me charger de vous soumettre mes idées à propos de la métrite cervicale, ce qui fait qu'en vous adressant la parole je me trouve tout d'abord placé devant la tâche de m'étendre sur l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic d'une maladie dont je suis bien près de nier l'existence, du moins, pour autant qu'il faille la considérer comme maladie indépendante, ainsi que vous vous en serez aperçu si vous avez bien voulu vous donner la peine de lire le résumé de mon rapport ; et d'un autre côté, parce que, à mon avis, il est rare qu'une inflammation de la *muqueuse* utérine entraîne une pareille lésion dans le tissu musculaire. C'est sur ce dernier point d'abord que je demande un instant votre bienveillante attention, parce qu'il se rattache plus particulièrement au titre même de la question qui nous occupe.

« *Métrite cervicale !* » C'est surtout en étudiant les auteurs français qu'on est frappé par le fait, que c'est presque toujours ce nom-là qu'on emploie pour désigner une affection utérine qui, d'après les symptômes cliniques, a été qualifiée généralement comme endométrite cervicale. Or, la différence entre ces deux processus est si importante qu'il me parut de rigueur d'approfondir autant que possible cette question, et de savoir s'il existe vraiment une telle divergence d'opinion, ou si on devrait attribuer le mot « métrite », rencontré si souvent dans les ouvrages français, à une particularité de la langue, et non pas à l'intention de désigner ainsi une inflammation de l'organe entier. Messieurs, les quelques minutes qui me sont accordées pour défendre mes conclusions ne permettent pas de citer tous les auteurs qui ont écrit à ce sujet ; vous trouverez, d'ailleurs, un aperçu de la bibliographie dans mon rapport. Permettez moi seulement de vous citer quelques autorités françaises :

M. Pozzi dans son *Manuel de Gynécologie* dit à ce propos : « Si la muqueuse est atteinte tout d'abord, ses altérations ne tardent pas à se propager dans le tissu musculo-fibreux, et une véritable métrite parenchymateuse succède à toute inflammation cervicale de quelque durée. »

De même MM. Labadie-Lagrave et Legueu qui écrivent dans le chapitre sur la métrite du col :

« Les lésions du parenchyme utérin sont à peu près constantes : il est rare de voir l'inflammation se limiter à la muqueuse Les premières

lésions se forment immédiatement au-dessous de la couche glandulaire. » Donc nul doute possible si on peut, comme j'en suis persuadé, considérer ces opinions comme ayant cours en France.

En Allemagne Scanzoni publia, en 1863, une brochure sur la métrite chronique, qu'il considérait comme une vraie inflammation du tissu musculaire, et ses idées avaient tellement pris racine qu'il devait passer une vingtaine d'années avant que l'on sût que ce qu'on considérait alors comme inflammation n'était autre, dans la plupart des cas, qu'une involution incomplète de la matrice puerpérale. C'est surtout Seyfert qui a démontré cela, et qui remplaça le mot métrite par infarctus utérin chronique. Depuis ce temps, en Allemagne, presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; ainsi que les gynécologues anglais et américains qui non plus ne considèrent la métrite comme un vrai processus inflammatoire. Il faut faire toutefois exception pour les inflammations spécifiques gonorrhéiques, comme il a été démontré en premier lieu pour les recherches de Wertheim.

Qu'il me soit enfin permis de vous soumettre mon opinion propre sur cette question.

Depuis que la rédaction de ce rapport m'a été confiée, j'ai choisi sur 1,000 malades qui se sont présentées à ma policlinique 176 cas avec symptômes caractéristiques d'endométrite cervicale et corporelle, dans le but de constater s'il y avait en même temps *métrite*, pour autant que ce serait possible par l'observation clinique. Je me suis tenu principalement aux symptômes objectifs comme étant les plus indubitables, c'est-à-dire : augmentation de volume de l'organe entier, décoloration livide du col, et un degré excessif d'antéversion.

Parmi les symptômes subjectifs, je ne compte comme caractéristiques, des douleurs de l'utérus causées par le palper bimanuel, la sensation de pesanteur dans le bas-ventre, la névralgie intercostale et la mastodynie.

Tous les autres symptômes dont on parle peuvent tout aussi bien dépendre d'une endométrite, ou d'une périmétrite.

Sur 176 malades, il y avait 58 nullipares, chez 2 desquelles seulement se montrèrent les symptômes susnommés en plus ou moins de degrés d'intensité ; chez l'une des deux, non mariée, gonorrhéique avec salpingo-oophorite gauche, l'utérus mesurait 12 centim., le col était grossi, mais ne présentait pas d'érosions. Il y avait une abondante sécrétion muco-purulente. La palpation de la matrice était très dou-

loureuse : symptôme qui pourrait cependant être expliqué par la coexistence d'une périmétrite.

Chez l'autre, mariée depuis dix-huit ans, on ne pouvait démontrer aucune infection spécifique ; celle-ci avait aussi l'utérus grossi et douloureux, tandis que l'introduction de la sonde provoqua une douleur excessive et une assez forte hémorrhagie. Le col était gonflé et montrait des érosions étendues ; il y avait aussi une abondante sécrétion muqueuse.

Sur les autres malades il y avait 48 primipares et 73 multipares. Parmi celles-là j'en ai observé 21 qui avaient la matrice douloureuse et volumineuse, le col livide et gonflé ; dans *un seul* de ces cas, cependant, femme mariée depuis huit ans, n'ayant qu'*un* enfant, on pouvait conclure avec certitude des suites de couche anormales. Par contre, il paraît, d'après l'anamnèse, qu'un an après la naissance de l'enfant cette femme avait contracté une gonorrhée.

Les autres avaient eu, plus ou moins, 4 enfants, les accouchements se suivant à de courts intervalles ; et comme toutes ces malades (sans exception) sortaient des rangs du peuple, on ne pouvait guère se tromper en attribuant les symptômes qu'elles présentaient à une subinvolution utérine ; elles ne souffraient donc pas d'une inflammation de la matrice, mais d'un infarctus chronique.

Chez les 159 malades qui restaient, tous les symptômes indiquant des lésions pathologiques du tissu musculaire faisaient défaut, bien qu'il fût impossible de douter qu'il y eût une endométrite (cervicale et corporéale) ; maintenant on pouvait me faire l'objection, je l'admets, que ces observations étant purement cliniques ne suffisent pas à prouver incontestablement le peu de connexion qu'il y a entre les inflammations de la muqueuse et celles du parenchyme de l'utérus. J'ai donc fait une tentative, quelque incomplète qu'elle soit, avec l'aide de quelques observations microscopiques, pour vous faire partager mes idées sur cette question.

J'ai eu malheureusement trop peu de temps à ma disposition pour faire les recherches histologiques assez étendues pour confirmer autant que je l'aurais voulu les faits, acquis à l'observation clinique.

J'ai excisé, dans 14 cas typiques d'endométrite, des petits morceaux cunéiformes du col contenant une partie de l'érosion et allant jusque dans le tissu fibro-musculaire, dont j'ai choisi les meilleures coupes pour servir de modèles pour ces planches :

Je me résume donc en vous soumettant la conclusion suivante : le

terme « métrite du col et du corps » devrait dans la plupart des cas être remplacé par celui d'endométrite (du col et du corps), puisque l'inflammation de la muqueuse ne coexiste que rarement avec une lésion des tissus plus profonds.

Nous venons de considérer maintenant la relation entre les lésions de la muqueuse et celles du tissu musculaire. Il me reste donc à justifier devant vous les motifs qui m'ont paru légitimer en tous points les opinions résumées dans ma première conclusion :

Quelle est l'étiologie, quels sont les symptômes, quel est le diagnostic de l'*endométrite* cervicale ?

A priori il est déjà invraisemblable de supposer qu'un processus inflammatoire, ayant pris possession d'un organe entièrement revêtu d'une muqueuse, et continuellement en contact avec toutes sortes d'agents nuisibles venus de l'extérieur, se laisserait arrêter dans sa marche par une barrière, l'*os* interne, ayant une signification topographique, il est vrai, mais n'offrant aucune valeur clinique. Eh bien, l'observation clinique et histologique est là pour le prouver. Cependant, tout le monde n'est pas d'accord sur ce sujet. Ici, de nouveau, je dois me restreindre à ne vous citer que quelques autorités qui se sont distinguées sur ce terrain

M. Doléris, qui lui surtout s'est occupé à élucider la question, est d'un avis tout opposé.

« Ni la pathologie, dit-il, ni la thérapeutique de ces deux affections distinctes, quoique souvent coexistantes, ne peuvent être assimilées et confondues. »

Il est convaincu que bien des insuccès dans le traitement de la métrite pourraient être évités, si on s'appliquait à mieux établir la localisation du mal. Par contre, M. Pozzi soutient que les inflammations non infectieuses de la muqueuse utérine se limitent rarement au col. La plupart des auteurs anglais et américains considèrent les deux lésions comme indépendantes l'une de l'autre, tandis qu'en Allemagne les opinions sont divergentes. Schrœder faisait une distinction précise entre les inflammations de la muqueuse cervicale et celle du corps ; Veit, Döderlein et d'autres pensent cependant que les deux processus se présentent rarement à l'état isolé.

Enfin, une interprétation bien singulière, selon mon avis, est préconisée par mon compatriote Treub, qui prétend que les inflammations de la muqueuse du corps n'existent pas du tout. Les lésions bénignes qu'on y rencontre ne se présentent que sous la forme d'une hyperpla-

sie de la muqueuse ; les vraies inflammations se *trouvent uniquement dans le cervix.*

Messieurs, il y a déjà longtemps (à peu près une vingtaine d'années) que j'avais été frappé par le fait que le traitement de la leucorrhée par une injection vaginale, et la cautérisation ou l'excision d'une érosion, n'apportaient qu'une amélioration temporaire. Même l'application d'un caustique jusqu'à l'*os* interne ne fut que rarement suivie de résultats durables.

Il était donc évident que la cause de ces symptômes, auxquels venaient parfois se joindre les ménorrhagies et les hémorrhagies atypiques, et encore ces phénomènes appelés collectivement symptômes réflexes, devait être trouvée ailleurs. De là à la chercher dans le corps de l'utérus il n'y avait qu'un pas. C'est ce que j'ai fait ; tous les cas qui se présentaient avec des symptômes qui, à mon opinion, ne laissaient aucun doute sur une localisation de l'inflammation dans la muqueuse entière, furent traités par la cautérisation de tout l'endométrium, et les cas graves où les malades ne supportaient pas bien ce mode de traitement, furent curettés.

Les résultats ne se firent pas attendre, et je fus frappé par la rapidité avec laquelle tou les symptômes disparurent un à un.

Les résultats si satisfaisants obtenus en restant fidèle à ce procédé m'encouragèrent à faire encore un pas en avant, et à étayer mes observations cliniques par la recherche histologique. Ce travail que j'ai entrepris avec la collaboration de Mlle V. Tussenbroek a été publié il y a cinq ans, dans le journal néerlandais de gynécologie.

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots ce qui a été le résultat de nos recherches.

Nos observations furent empruntées en partie aux cas qui se présentaient dans ma policlinique, mais aussi, en grand nombre, *une centaine*, aux malades qui étaient venues se faire soigner dans ma clinique.

De 100 muqueuses, obtenues par le curettage, nous avons étudié les coupes microscopiques pour les comparer ensuite avec les symptômes cliniques.

Sur ce nombre il y en avait 28 dont le symptôme principal était la leucorrhée et qui présentaient au spéculum l'aspect typique du *catarrhe cervical.* Sur ces 28, il y en avait 20 où l'examen histologique faisait conclure à une véritable inflammation de la muqueuse du corps à plus ou moins de degrés d'importance. De même dans les cas où la leucorrhée ne constituait pas le principal symptôme, mais où le caractère

dominant du tableau clinique consistait en dysménorrhée, méno ou métrorrhagies, troubles des organes distants; il y avait très souvent inflammation catarrhale de la muqueuse du corps, surtout dans les cas où les symptômes jouaient le rôle prépondérant.

Notre opinion pouvait donc se résumer dans ces trois conclusions :

1° Que l'inflammation vraie de la muqueuse utérine est bien plus fréquente qu'on ne l'accepte généralement.

2° Le catarrhe du corps est de plus grande fréquence encore que le catarrhe cervical.

3° Le catarrhe cervical isolé est relativement rare.

Depuis ce temps, la pratique et l'examen histologique n'ont fait que confirmer pour moi le résultat de ces recherches.

Vous vous êtes aperçu, Messieurs, d'après ce court exposé de mes idées sur la métrite cervicale, que je serais en contradiction avec moi-même si j'avais interprété ma tâche dans le sens voulu par le comité.

L'endométrite cervicale et celle du corps sont si étroitement liées par leur étiologie, leur symptomatologie, leur diagnostic et enfin par leur thérapie, qu'une description de la première entraînerait fatalement celle de l'organe entier.

Les symptômes qui ne laissent aucun doute quant à la présence d'un catarrhe cervical sont une sécrétion épaisse et glaireuse, quelquefois purulente, difficile à enlever; et les érosions et les œufs de Naboth dont j'ai essayé de démontrer la signification pathologique, dans le rapport *in extenso*. Laissez-moi seulement vous rappeler ce qu'en dit Bouilly.

Pour faire cette ulcération, il était indispensable qu'il existât de l'endométrite. L'ulcération une fois créée devient par elle-même la source d'accidents locaux et généraux variés et entretient et aggrave les phénomènes inflammatoires. A cette opinion je me range entièrement ; l'érosion n'est que le symptôme d'une inflammation, dans une partie quelconque de la muqueuse utérine; dans la majorité des cas, ce sera en premier lieu la muqueuse cervicale qui est atteinte, et presque en même temps cependant, celle du corps. L'absence d'érosions n'exclut nullement la possibilité d'une endométrite cervicale (cela dépend beaucoup du fait et il y a en même temps ectropion).

Les polypes cervicaux ont sans doute la signification d'une prolifération de la muqueuse cervicale; généralement, il y a en même temps ménorrhagie, et sécrétion muqueuse abondante. Mais si on enlève les polypes, et même si on cautérise la muqueuse; si on en fait l'excision,

les symptômes ne disparaissent pas. C'est que la muqueuse du corps est aussi atteinte, et que ces polypes ne sont que les symptômes d'une endométrite fongueuse, hypertrophique.

Pour faire donc le diagnostic d'une catarrhe cervical isolé, il faudrait commencer par exclure une endométrite du corps. Plusieurs auteurs (Schultze avec son probe-tampon, Küstner par ses tubes en verre) ont essayé d'atteindre ce but en examinant et comparant les productions de la sécrétion (Schultze, tampon; Küstner, tubes). On a observé aussi que quand il y a une endométrite du corps l'introduction de la sonde est très douloureuse et cause un écoulement de sang. Seulement, ces phénomènes ne sont pas constatés ainsi que Olshausen l'a démontré. Il ne reste donc que l'examen microscopique d'un fragment de la muqueuse obtenu par le curettage. Et c'est seulement quand cet examen donnera des résultats absolument négatifs, qu'on aura le droit de conclure à une endométrite cervicale isolée.

C'est à mon éminent confrère M. Pozzi qu'a été confié le rapport sur la thérapie des métrites cervicales.

Permettez-moi seulement un mot avant de finir :

Au risque donc, Messieurs, d'être classé par mon honoré confrère M. Doléris, parmi les gynécologues préhistoriques qui englobaient dans les mêmes descriptions les lésions inflammatoires du col et celles du corps, j'ose pourtant vous soumettre comme résumé de mon opinion cette conclusion :

Il ne faut ni considérer, ni traiter la métrite cervicale comme affection isolée, attendu que dans la grande majorité des cas elle va de pair avec une affection pareille du corps.

3° **Rapport de Pozzi** (Paris).

Conclusions : 1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3° L'opération de la trachélorrhaphie est inférieure à la résection

biconique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement d'une façon durable un orifice suffisant au col de l'utérus.

Discussion.

— **G. Bouilly** (Paris). — Les éminents orateurs qui m'ont précédé ont beaucoup trop bien étudié le sujet des *métrites cervicales* dans son ensemble et dans ses aspects généraux pour que je sois tenté d'aborder de nouveau cette question. Je me permettrai seulement d'étudier un point particulier de ce sujet, à savoir les *hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus*.

Les lésions chroniques du col ont presque toutes pour siège l'appareil glandulaire qui fait partie de sa structure; le nombre et le volume considérable des glandes, leur implantation profonde dans le tissu sous-muqueux et jusque dans les couches musculaires, permettent de se rendre facilement compte de l'importance du rôle qu'elles jouent dans la pathologie du col. Du siège, du développement, des caractères anatomo-pathologiques de ces lésions glandulaires, dépendent des variétés nombreuses d'aspect des affections du col et découlent des indications thérapeutiques et opératoires variées. Suivant que le col utérin est plus ou moins largement déchiré, ou ne présente pas de lacération, l'examen révèle des lésions d'aspect différent, et la symptomatologie et le traitement varient également. Dans les cols non déchirés, j'ai déjà appelé l'attention sur la métrite *cervicale glandulaire* des jeunes femmes, principalement nullipares, et j'ai fait remarquer, après bien d'autres auteurs, la ténacité de cette affection, sa résistance aux moyens simples de traitement et la nécessité fréquente d'un traitement chirurgical actif. Dans les cols déchirés, il est de notion banale qu'après un certain temps et surtout après l'abus des cautérisations au nitrate d'argent ou au fer rouge les glandes du col se bouchent à leurs orifices, se dilatent dans leurs tubes et leurs culs-de-sac, prolifèrent et se ramifient, augmentent de nombre et de volume, déterminant et entretenant autour d'elles un état d'irritation chronique suivie de sclérose cellulaire; cet état constitue la métrite parenchymateuse avec

dégénérescence scléro-kystique comportant des variétés nombreuses d'aspect.

Je laisse de côté tous ces points bien décrits et toutes ces lésions bien connues dans leur pathogénie, leur symptomatologie et leur traitement ; je ne veux signaler en ce moment qu'un cas, pour ainsi dire particulier, des lésions glandulaires, celui où ces lésions, au lieu d'être diffuses et étendues à la totalité du col, se localisent en un point, laissant intact ou à peu près le reste de l'organe.

Il résulte de cette hypertrophie glandulaire localisée un aspect clinique spécial capable de donner lieu à des erreurs d'interprétation et de traitement.

Cette petite lésion existe sous deux formes différentes :

La première est la mieux connue et a été souvent signalée comme une cause de difficulté de diagnostic entre le cancer de l'utérus et les affections non néoplasiques. Elle consiste essentiellement dans la production, dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, le plus souvent sur la lèvre postérieure, d'une nodosité dure, résistante, de consistance ligneuse, beaucoup plus appréciable au toucher qu'à la vue. Cette nodosité peut avoir le volume d'un petit ou d'un gros pois ; elle est enchâssée profondément dans le tissu du col, confondue avec lui, immobile, entourée de tissus sains, ayant leur consistance normale ; la lèvre opposée est saine, non résistante ; la cavité cervicale est libre, peut-être soulevée légèrement en un point correspondant à la nodosité ; l'examen au spéculum peut ne rien révéler ou montrer seulement une légère saillie au point indiqué par le toucher ; sur ce point induré, quelquefois saillant, des vaisseaux fins, isolés, serpentent et se déchirent facilement au contact du doigt. A la pression, celui-ci détermine une douleur plus ou moins vive, mais constante, exclusivement localisée à la nodosité sous-muqueuse et n'en provoque pas dans son voisinage. Que si des malades ainsi affectées viennent consulter pour des ménorrhagies ou des métrorrhagies, le diagnostic est difficile et hésitant : on est tenté de porter d'emblée un pronostic sévère et de prescrire une intervention radicale. On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits de ce genre et j'en ai publié moi-même.

L'autre variété d'*hypertrophie glandulaire localisée* présente un aspect tout différent ; elle est constituée par le développement exagéré des glandes de la muqueuse cervicale, dans l'intérieur même de cette cavité au-dessus de l'orifice du museau de tanche. La lésion s'observe de préférence chez des multipares ou chez des femmes dont le col n'est

que peu déchiré. Son siège presque constant est la lèvre antérieure du col à sa face interne ; la lèvre postérieure est saine en général et tout à fait différente d'aspect. Le col est gros en avant, beaucoup moins en arrière : dans son ensemble la lèvre antérieure est hypertrophiée; elle se développe surtout du côté de la cavité cervicale. Dans des cas beaucoup plus rares, presque exceptionnels, l'hypertrophie glandulaire localisée siège seulement sur la lèvre postérieure.

Le toucher fournit les premiers et les plus importants résultats; le doigt constate un agrandissement de l'orifice externe qui peut admettre la pulpe de l'index ; il apprécie facilement le volume inégal des deux lèvres ; il reconnait que la cavité cervicale est occupée, obstruée par une saillie siégeant à la face interne de la lèvre antérieure, mollasse à sa superficie et reposant sur un plan sous-jacent plus résistant. Cette saillie peut être limitée à une faible surface, être comme acuminée ; ou elle peut s'étendre en longueur du côté de l'orifice interne. Quand le col a été déchiré, cette hypertrophie peut former une véritable tumeur à la face interne de la lèvre antérieure du col et donner lieu à un aspect tout à fait gigantesque et exagéré de cette lèvre, tandis que la lèvre postérieure, petite, a conservé son volume normal ou n'est que très peu augmentée de volume.

Cette saillie est beaucoup plus sensible à la pression que tous les autres points du col; le doigt, en déprimant ce point, provoque une sensation douloureuse quelquefois assez vive pour que la femme se recule, cherchant à échapper à la pression ; cette douleur est quelquefois comparée à l'introduction d'un corps pointu, comme si l'on enfonçait un clou dans les tissus. Le plus souvent l'examen digital ne ramène pas de sang; rarement il provoque un léger écoulement sanguin qui s'arrête vite et spontanément.

Le spéculum confirme et complète les renseignements fournis par le toucher : il permet de voir une saillie rougeâtre, irrégulière à sa surface, mamelonnée, transbordée, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée, mais non ulcérée, enduite quelquefois d'une légère couche de mucus glaireux ou d'un peu de sang. Dans son ensemble, cette saillie représente une petite masse verruqueuse développée à la face interne du col, ou une petite colonne se prolongeant vers la profondeur.

Quelquefois la surface est très irrégulière, comme hérissée de petits grains d'apparence kystique ; parfois même, à un degré bien avancé, on observe sur un point de la petite tumeur des parties détachées, pédicu-

lisées, représentant par places de véritables petits polypes glandulaires en miniature.

En effet, quelle que soit la variété d'aspect ou de développement, la lésion initiale est toujours la même : il s'agit toujours d'une hypertrophie glandulaire localisée, d'un véritable polyadénome, tumeur essentiellement bénigne, constituée par des glandes hypertrophiées et kystiques, reposant sur un stroma fibreux et séparées par des bandes de tissu fibreux. Dans son ensemble, à ce niveau, le tissu du col sous-jacent est plus dur et plus résistant ; il est blanchâtre, nacré, dur à la coupe.

Je ne suis pas en mesure d'exposer la pathogénie de cette petite lésion ni de dire pourquoi elle siège, dans l'immense majorité des cas, sur la lèvre antérieure seule, à l'exclusion de la postérieure. Il n'est pas difficile de comprendre que le point de départ est une infection de la muqueuse d'abord localisée aux glandes ; mais quelle infection ? Pourquoi cette localisation ? Je ne saurais le dire. Même ignorance sur la lenteur et la rapidité du développement ; la lésion est découverte à l'occasion d'un examen, parce qu'il existe quelques symptômes utérins qui forcent l'attention ; mais il serait difficile de savoir depuis quand elle existe.

Les symptômes qu'elle provoque n'ont, du reste, rien de caractéristique ; les malades accusent, comme dans la plupart des affections utérines, des douleurs lombaires ou pelviennes, quelquefois crurales, de la gêne de la marche, une fatigue rapide, de la leucorrhée d'abondance modérée ; la durée prolongée et ennuyeuse des règles, leur rapprochement plutôt que leur abondance excessive, parfois un suintement sanguinolent presque continu ; quelquefois un peu de sensibilité et même de douleur dans les rapports et assez souvent un léger écoulement sanguin après un accomplissement. A ces phénomènes locaux s'ajoutent les phénomènes à distance ordinaires du côté de l'estomac, du système nerveux, etc., avec tendance à créer et à entretenir un état névropathique.

J'ai vu dans quelques cas cette lésion localisée au col entretenir du côté du corps utérin un état congestif bizarre, se traduisant par des augmentations et des diminutions considérables du volume de l'utérus, surprenant l'observateur par leur variabilité suivant le moment de l'examen et s'accompagnant de métrorrhagies tenaces. Un premier examen peut faire croire à un véritable utérus fibromateux ; alors que peu de jours plus tard, le volume est tellement diminué qu'il faut

de toute nécessité pour les jours précédents, admettre une congestion passagère du parenchyme utérin. La relation de l'état du col et des poussées congestives du corps se trouve solidement établie par les résultats du traitement; l'ablation des portions hypertrophiées du col fait disparaître à la fois les hémorrhagies et les poussées congestives du corps.

Le diagnostic est facile : la confusion ne pouvait être faite qu'avec l'épithélioma de la cavité cervicale; l'hypertrophie glandulaire en diffère essentiellement par l'absence de dureté et d'inflammation profonde de ce tissu sous-muqueux, par la moindre abondance des hémorrhagies et par l'absence des écoulements sanieux. La localisation exacte et presque constante à la face interne de la lèvre antérieure, l'absence d'ulcération, la présence d'une couche de mucus visqueux et souvent de quelques grains glandulaires kystiques, sont des signes qui appartiennent à l'hypertrophie glandulaire localisée et donnent à cette petite lésion une physionomie spéciale.

La nécessité s'impose d'un traitement radical et définitif ; les infections, les pansements, les attouchements avec les diverses substances communément employées, ne donnent pas de résultats. Les cautérisations au nitrate d'argent, au fer rouge, doivent être sévèrement proscrites, elles ne font que remplacer une lésion par une autre, posant un clou cicatriciel douloureux et faisant des inclusions et des rétentions glandulaires.

Le seul traitement rationnel est représenté par l'incision au bistouri des portions glandulaires hypertrophiées ; l'opération consiste essentiellement dans l'ablation d'un lambeau plus ou moins épais de la lèvre antérieure du col par deux incisions antéro-postérieures réunies par une incision transversale de la lèvre antérieure du col et suivie de la suture immédiate avec deux ou trois points de catgut. La réunion se fait d'avant en arrière, suivant une ligne allant de l'orifice externe vers l'orifice interne, et la muqueuse de la lèvre antérieure du col est reconstituée par le rapprochement des parties latérales

Si les lésions siègent sur les deux lèvres, l'opération de choix consiste à traiter le col par le procédé de Schröder.

— **Paul Petit** (Paris). — L'endocervicite puerpérale aiguë est pour ainsi dire toujours liée à une endométrite du corps utérin de même nature ; cette endométrite totale est justiciable du curettage immédiat et c'est compromettre la vie de la malade que de s'arrêter aux petits moyens. L'orage lymphangitique une fois passé, il faut pro-

longer suffisamment les pansements, pour prévenir le passage à l'état chronique, surtout du côté du col, ce qu'on oublie trop souvent.

L'endocervicite blennorrhagique aiguë, abandonnée à elle-même, n'a pas tendance à franchir le défilé isthmique, surtout chez la nullipare et ne demande au contraire qu'une légère invitation pour engendrer l'orchite féminine par l'intermédiaire du peloton lymphatique péricervical ; en principe, il vaut donc mieux en faire un *noli me tangere* que d'exposer la malade à un cathétérisme intempestif ou au curettage utérin dont on ne peut user d'une façon plus fâcheuse. Après un certain amendement de l'état aigu, j'admets les badigeonnages intracervicaux pratiqués d'une main légère, mais j'ai pensé à obtenir mieux en faisant bénéficier le conduit cervical des grandes irrigations antiseptiques qui ont marqué un si réel progrès dans le traitement de la blennorrhagie masculine.

J'ai imaginé à cet effet une érigne qui se fixe sur le col et porte à la fois une petite canule intracervicale et une canule plus grosse pour le cul-de-sac vaginal postérieur.

A chacune de ces canules se fixe un tube en caoutchouc qui se relie par l'intermédiaire d'une petite ceinture hypogastrique au tube d'un injecteur. La malade, maintenue au lit, n'a qu'une manœuvre de robinet à faire, pour se donner à la fois une injection vaginale et intracervicale.

Les difficultés du traitement de l'endocervicite chronique dépendent surtout de l'état anatomique du col : déviation, allongement, étroitesse du conduit cervical ou encore lacération, ectropion ; de la multiplicité et des sinuosités des glandes, du siège intra-musculaire de leurs culs-de-sac ; de la densité plus ou moins prononcée de la glaire; des chances continuées ou renouvelées d'auto-inoculation ou de contamination exogène ; de l'état général. Ceci veut dire que, quelle que soit la méthode employée, il faut toujours redresser s'il y a lieu et dilater suffisamment le col ; rentrer la muqueuse ectropionnée et mieux la supprimer ; ne pas se borner aux moyens d'action trop superficielle tels que le curettage ordinaire, par exemple ; tenir un certain compte de l'aspect macroscopique de l'exsudat, ne jamais manquer de guérir au préalable la vaginite ; se rendre compte, au besoin, si l'urine du mari ne renferme pas de filaments révélateurs ; enfin ne point faire fi des observations de nos devanciers sur l'influence de l'état constitutionnel des malades.

Ceci posé, deux grandes méthodes sont en présence, l'une destruc-

tive, l'autre conservatrice. La première utilise l'instrument tranchant ou les caustiques. Je rejette l'emploi des caustiques chez les femmes en période d'activité sexuelle, car chez elles, quoi qu'on fasse, ils engendrent, à échéance plus ou moins longue, la dysménorrhée. Après la ménopause j'ai recours assez volontiers à la solution de chlorure de zinc et, quand il y a métrite totale, je l'applique non pas avec les tiges porte-ouate ordinaires qui s'essuient dans le col et y épuisent en grande partie leur action, mais avec l'instrument suivant : c'est une canule fermée du bout, munie extérieurement d'un pas de vis et percée, suivant la longueur, d'un certain nombre de petits trous. On adapte la canule à une seringue remplie de solution de chlorure de zinc et, après l'avoir garnie de ouate, on l'introduit à sec jusqu'au fond de l'utérus ; c'est à ce moment seulement qu'on imbibe la ouate en faisant jouer doucement le piston de la seringue ; on s'arrête dès qu'une goutte de liquide se montre à l'orifice externe. On profite ainsi de tous les avantages de l'instillation et du badigeonnage, sans en avoir les inconvénients.

Si la malade a encore ses règles, il faut user de préférence, pour la cure destructive, de l'instrument tranchant. S'agit-il d'endocervicite pure, le but à atteindre, quel que soit l'instrument adopté, c'est d'évider le col, jusques et y compris la couche glandulo-musculaire. Les uns, à l'exemple de M. Bouilly, prendront le bistouri, d'autres la herse de Doléris qui à elle seule ne suffit pas, d'autres enfin des curettes très tranchantes de forme spéciale. Je me sers pour ma part d'une curette à boucle, à dos très épais et excavée sur sa face externe à la façon de l'instrument qui sert à tailler la corne des chevaux. Bien aiguisée, cette curette agissant dans l'intérieur d'un col dont le tissu a été suffisamment ramolli par la dilatation, enlève de véritables copeaux musculo-muqueux et permet, à mon sens, le toucher intra-cervical aidant, de mieux graduer l'évidement qu'avec le bistouri. L'opération pour réussir doit être suivie de pansements intra-cervicaux suffisamment prolongés.

S'il y a ectropion, il faut toujours recourir à l'admirable opération de Schröder. Elle n'est suivie de dysménorrhée que si elle est mal faite.

Reste la méthode conservatrice qui se borne à l'emploi des topiques non caustiques. J'attirerai spécialement l'attention sur l'emploi local de la levure de bière, déjà préconisée par Landau et qui m'a donné, comme à ce maître, des résultats remarquables. Comment agit la levure ? Les saccharomycètes ne jouissant pas de la fonction phago-

cytaire et leur ferment demeurant intra-cellulaire. il faut chercher ailleurs leur mode d'action. Je ferai simplement observer, pour le moment : 1° que les levures émettent une quantité énorme d'acide carbonique, créant ainsi dans les voies génitales une atmosphère irrespirable pour les microbes aérobies ; 2° que, se trouvant dans un milieu alcalin, elles commencent par le transformer en milieu acide, c'est-à-dire défavorable à la culture des microbes pathogènes, jouant ainsi le même rôle que le saprophyte vaginal signalé par Döderlein.

— **Morisani** (Naples). — Je ne veux pas vous répéter ce que vous avez entendu dire si longuement et si savammant par les orateurs qui m'ont précédé. Je ne veux pas m'occuper de l'histoire pathologique de la métrite cervicale ; je veux me limiter à examiner deux questions relatives à l'amputation du col de la matrice. On a reproché à cette opération de donner comme conséquence le rétrécissement du canal cervical et d'empêcher la fécondation ou bien de donner des difficultés dans l'accouchement Or, je crois que ces accidents sont plutôt en rapport avec la manière de faire l'opération, qu'avec l'opération même. En effet, si on fait l'opération sans règle, si on a la suppuration des surfaces affrontées, il peut bien se faire qu'il y ait des tissus cicatriciels qui produisent un rétrécissement du canal cervical, et qui par conséquent empêchent la fécondation, et peuvent donner des difficultés plus ou moins sérieuses à la parturition. Mais lorsqu'on opère selon les préceptes, lorsqu'on réunit la muqueuse vaginale avec la cervicale et qu'on obtient une réunion par première intention, je ne vois pas la raison pour laquelle le canal pourrait se rétrécir, et créer soit la difficulté à la fécondité, soit les difficultés dans l'accouchement. Nous savons tous, que dans l'état naturel chaque femme peut éprouver des difficultés à la dilatation du col pendant l'accouchement ; la rigidité du col s'observe non rarement.

Et notez, l'amputation du col est souvent une opération de nécessité, parce qu'on sait qu'après cette opération le corps de la matrice subit un mouvement d'involution, qui est le moyen le plus efficace pour obtenir la guérison de la métrite chronique.

Quant aux amputations du col qu'on fait pour le col rétréci par vice congénital (le col conique), on ne peut faire de reproches à cette opération. Une fois que le col a été fendu de l'orifice extérieur à l'intérieur, et qu'on a amputé les deux lèvres, en ôtant une double couche de parenchyme avec une incision à biseau, et qu'on a réuni les deux muqueuses, certainement l'orifice et le canal resteront larges et seront

incapables d'empêcher la fécondation et de créer des difficultés à l'accouchement.

Je conclus, que l'amputation du col bien faite n'est capable de déterminer ni le rétrécissement du canal cervical, ni des difficultés à la fécondation, ni à la dilatation du col pendant un accouchement, et qu'elle constitue une ressource précieuse dans la métrite chronique parenchymateuse du col et du corps de la matrice.

— **A. Gascard** (Paris). — La question du traitement des métrites cervicales est encore à l'heure actuelle en pleine voie d'évolution, elle est d'autant plus d'actualité, qu'elle figure à l'ordre du jour même des séances de la section gynécologique de ce congrès. En venant exposer aujourd'hui une nouvelle méthode, je n'ai nullement la prétention de vouloir résoudre un problème encore si complexe, mais en présence de l'inefficacité trop habituelle de la plupart des traitements pourtant déjà si nombreux, il est permis de tout essayer. Or, l'idée m'est venue d'utiliser certaines propriétés physico-chimiques des cellules pour le traitement des endométrites cervicales, d'où le nom de méthode exosmo-endosmotique que j'ai cru devoir donner à cette nouvelle conception thérapeutique. La physique biologique nous apprend que lorsque deux solutions de tension osmotique différente sont séparées par une membrane semi-perméable (ce qui est le cas des cellules), l'eau passe de celle où la tension est plus forte à celle où elle est moindre jusqu'à ce que les deux soient isotoniques.

Telle est la base scientifique, rationnelle de notre méthode.

La difficulté du traitement de ces endométrites cervicales réside dans la presque impossibilité d'atteindre l'infection adénoïdienne, de porter l'action médicamenteuse jusqu'au sein même des cellules infectées qui tapissent la profondeur des culs-de-sac glandulaires, d'où ces récidives inévitables d'une si désespérante tenacité. Je ne vois guère pour ma part d'autre moyen d'y parvenir que d'utiliser cette donnée de la physique biologique que nous venons de rappeler, donnée qui nous conduit naturellement à cette double intervention pratique :

I° Agir sur les glandes du col de l'utérus comme on le fait couramment sur les glandes de Lieberkühn en déterminant à l'aide des médicaments appropriés qu'on pourrait appeler exosmotiques utérins une abondante exosmose.

II° La tension osmotique des cellules se trouvant alors notablement diminuée, faire intervenir l'action des médicaments endosmotiques.

Les indications de la première partie du traitement pourront être

remplies à l'aide de médicaments analogues aux sialagogues, expectorants, émétiques, purgatifs, etc.

Ces médicaments auront pour but de déterminer dans l'intérieur même des cellules tapissant les culs-de-sac glandulaires un certain état d'hypo-isotonie exosmotique par épuisement fonctionnel de ces éléments, le courant exosmotique plus ou moins puissant qui résultera de leur mode d'emploi aura en plus l'avantage d'entraîner mécaniquement un certain nombre de microbes pathogènes ainsi que leurs poisons solubles, ce qui n'est déjà pas indifférent.

On sait en effet que ces poisons solubles, à l'instar des sels de quinine, inhibent, en vertu de leurs propriétés chimiotaxiques négatives, la diapédèse et la phagocytose, entraînant par là même le processus de la natura medicatrix.

Nous avons, dans cette première partie du traitement, réalisé cet état d'hypo-isotonie cellulaire que nous désirions obtenir. A l'hypercrinie a succédé la période d'acrinie physiologique, le moment est venu, précis, opportun d'utiliser les différences de tension osmotique et au besoin les affinités chimiques pour faire pénétrer par endosmose telle substance bien entendu cristalloïde facilement dialysable, à équivalent endosmotique faible, que la pratique nous indiquerait comme devant exercer la plus puissante action bactéricide sur tel ou tel des si nombreux éléments pathogènes de la flore utérine.

Telle est, Messieurs, la méthode que nous avons conçue.

Voyons maintenant quels seraient ses avantages :

Le plus important, suivant nous, réside en ce fait qu'elle permet d'agir aussi bien à la surface que dans la profondeur de la muqueuse malade ; qu'aucun élément cellulaire ne peut échapper à son action.

Or, une seule cellule infectée suffit à réinfecter toutes les autres, il s'agit donc d'une véritable thérapeutique intra-cellulaire à action lente, continue et non passagère comme il convient à une affection essentiellement chronique.

Et qui sait, si dans un avenir plus ou moins éloigné on ne trouvera pas dans cette méthode le moyen d'enrayer in situ par une sorte d'encapsulement ou d'embaumement, de momification des éléments pathogènes, leur extension de proche en proche, qui sait si cette méthode ne nous mettra pas à même de créer artificiellement un milieu impropre à la pullulation de ces organismes, blastomycètes ou autres, devant lesquels la thérapeutique médicale ou chirurgicale est demeurée jusqu'à ce jour impuissante.

Ce lavage incessant, intra-cellulaire, ce véritable bain antiseptique des éléments anatomiques présente en outre sur les différents procédés d'exérèse habituellement utilisés dans le traitement des endométrites cervicales l'avantage de conserver intactes des glandes, qui ont non seulement un rôle physiologique utile au point de vue de la fécondation et de l'accouchement, mais encore, par leur sécrétion essentiellement bactéricide, cet autre non moins important de la défense du corps utérin et de ses annexes contre les infections ultérieures.

Je pense donc, Messieurs, qu'il y a là une méthode simple, efficace, à la portée de tous, méritant d'attirer l'attention et dont médecins et malades pourront tirer, à notre avis, les plus grands avantages.

Quels seront maintenant au point de vue technique les meilleurs procédés à mettre en usage pour réaliser le double objectif de la méthode, quels en seront les résultats pratiques? l'avenir seul nous le dira.

Traitement médico-chirurgical de l'endométrite chronique.

— **Rizkallah** (Beyrouth). — Je ne vise dans ces quelques lignes que l'endométrite chronique sans lésions annexielles ou avec des lésions de peu d'importance qui guérissent ou s'améliorent, une fois l'endométrite guérie. J'éliminerai ainsi :

L'endométrite compliquée de pyosalpinx ou de périmétrite adhésive, l'endométrite secondaire, consécutive à une lésion de voisinage telle que appendicite (rare d'ailleurs).

L'endométrite accompagnant les déviations utérines et qui en est la conséquence et non la cause. L'endométrite tuberculeuse.

Enfin l'endométrite qui accompagne les tumeurs malignes et les fibromes.

Je divise l'endométrite en :

1° *Endométrite totale* (du corps et du col).

2° *Endométrite cervicale.*

Je m'occuperai surtout de la première que je diviserai au point de vue clinique en deux classes principales.

a) Endométrite puerpérale (streptococcique).

b) Endométrite blennorrhagique.

Mes recherches personnelles m'ont convaincu qu'avec le streptocoque et le gonoque, il y a plusieurs autres microbes associés qui jouent un rôle important dans l'entretien de la lésion.

Tout d'abord, je déclare bien haut qu'il n'y a pas un traitement unique ou spécifique de l'endométrite ; il y a un traitement mixte, à la fois médical et chirurgical.

1) Partie chirurgicale du traitement.

a) Dilatation de l'utérus dans les deux ou trois jours qui suivent les règles. Cette dilatation, qui doit être faite avec les éponges ou les laminaires et qui doit durer deux à trois jours, forme partie intégrante du traitement, même si le canal cervical permet le passage facile de la curette. Je dis intégrante, car cette dilatation lente permet à l'organe de s'hyperhémier, de se ramollir, de se prêter mieux à l'acte opératoire et de se débarrasser pour ainsi dire de ses débris morbides. La dilatation temporaire ne peut la remplacer dans ces cas.

b) Une fois la dilatation faite, je procède au curettage.

Disons deux mots sur le choix de la curette :

Il faut qu'elle ne soit ni tout à fait mousse, ni tranchante aiguë. La forme allongée et pleine et sans courbure me semble préférable pour le corps ; pour le canal cervical, il faut la curette tranchante de Volkmann.

c) Après le curettage, je cautérise avec une solution de permanganate de potasse de préférence à la glycérine créosotée, au chlorure de zinc et à la teinture d'iode.

d) Je fais suivre cette cautérisation d'un lavage à l'eau stérilisée.

e) Enfin je laisse une mèche de gaz aseptique dans la cavité utérine.

2) Partie médicale.

Deux jours après l'intervention chirurgicale je commence le traitement médical :

Après avoir enlevé la mèche et avoir fait un grand lavage à l'eau stérilisée, je cautérise à la solution saturée de permanganate de potasse ; je fais un second lavage et place de nouveau une mèche de gaze aseptique.

Je renouvelle ce pansement tous les deux jours jusqu'à deux ou trois jours avant l'époque présumée des règles.

Pendant tout ce temps j'ordonne à mes malades le repos complet.

La plupart de mes malades guérissent au bout de ce traitement qui dure environ un mois. Dans quelques cas, d'ailleurs peu nombreux, la guérison se fait attendre plus longtemps et l'on est obligé de poursuivre le traitement médical que je viens d'indiquer pendant quinze ou vingt jours au plus.

Dans ces derniers temps j'ai eu l'occasion d'essayer le traitement

par la solution au chlorure de zinc, d'après la pratique de M. Delbet, et je puis dire dès à présent qu'il ne m'a pas donné de résultats bien satisfaisants. Peut-être suis-je tombé sur des cas défavorables!

Avec ce traitement médico-chirurgical, l'écoulement et les pertes blanches cessent complètement ; la menstruation devient régulière et indolore ; les autres symptômes du syndrome utérin disparaissent et les malades recouvrent la santé.

Je dois dire qu'après cette guérison, je recommande à mes malades d'éviter les rapports sexuels et la fatigue pendant cinq à six semaines.

J'ai été parfois amené à adjoindre à ce traitement la restauration du col par la méthode Schröder ou l'opération de Bouilly, ou l'opération d'Alexander.

Dans cinq cas opérés par la méthode de Schröder, la grossesse arriva à terme et l'accouchement se fit sans difficulté.

Ma statistique est basée sur 560 cas observés pendant dix ans, tant à l'hôpital (dans mon service) que dans la clientèle.

Sur ce nombre, 340 étaient d'origine blennorrhagique vérifiée par l'examen microscopique.

Tuberculose du col de l'utérus.

— **Beyea** (Philadelphie). — Voir plus haut, p. 169.

Discussion.

— **Vitrac** (Junior) (Bordeaux). — A propos de la communication de M. Beyea, qui a notamment fait passer sous vos yeux le dessin du cas que j'ai étudié sous le nom de « tuberculose végétante simulant le cancer », je veux parler de la malade qui avait été pour moi l'occasion de faire cette étude Je l'ai revue il y a quelques mois, elle a un état général parfait. Mais au fond du vagin existe encore un bourgeon framboisé, rougeâtre, saillant et saignant; cette formation est analogue à celle que j'ai étudiée histologiquement quelques mois après l'opération (hystérectomie vaginale), il s'agit d'une récidive locale sous forme du type initial, savoir : tuberculose « végétante » tenace comme durée, mais ayant une allure chronique et peu de tendance à la diffusion.

Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme.

— **Bernheim** (Paris). — La tuberculose primitive des organes génitaux de la femme n'est pas rare. Nous avons pu réunir nous-même plusieurs observations et nous pensons que si l'on faisait systématiquement la recherche des bacilles de Koch dans tout écoulement vaginal ou utérin, les observations de tuberculose génitale se multiplieraient dans une proportion qu'on ne soupçonne pas.

Comme toute autre localisation bacillaire, la tuberculose génitale reconnaît des causes prédisposantes et des causes occasionnelles. Les causes prédisposantes sont l'âge, les maladies préexistantes, toutes les circonstances débilitantes personnelles ou acquises qui facilitent la pénétration du bacille.

L'âge où on rencontre le plus communément cette localisation bacillaire est de 15 à 30 ans, c'est-à-dire l'époque la plus active de la vie génitale. Nous avons observé cependant 3 fillettes âgées de 2 ans et demi, 4 et 5 ans où la tuberculose génitale primitive était très nette. Nous avons également soigné pour la même affection une femme de 61 ans, mère d'une sage-femme de Paris.

La tuberculose localisée uniquement aux organes génitaux se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Cela se comprend par la disposition anatomique. L'organisme génital de la femme est plus fragile, plus exposé aux congestions, aux inflammations, aux infections, aux traumatismes que celui de l'homme. Et toutes ces causes en font un *locus minoris resistentiæ* bien fait pour l'invasion bacillaire Il y a de plus certaines conditions particulières telles que la menstruation, la puerpéralité qui favorisent tout particulièrement cette infection et l'appellent pour ainsi dire. Parmi les influences insistons aussi sur les infections locales antérieures telles que la blennorrhagie et les chancres. Schuchard a vu des infections mixtes, c'est-à-dire syphilitiques et tuberculeuses, se greffer en même temps sur les organes génitaux de la femme.

Comment le bacille de Koch envahit-il les organes génitaux de la femme et s'y cantonne-t il avant de se disséminer ?

On conçoit facilement que l'envahissement peut être direct, en raison des nombreuses sources de contamination : canules, linge, toucher septique, soins de propreté négligés de la part de la mère vis-à-vis de l'enfant et donnés sans précautions suffisantes. Pareillement, la conta-

gion peut se produire a la suite des rapports sexuels, que la verge soit le siège d'une ulcération tuberculeuse ou que le mâle soit atteint d'une autre localisation génitale. Certains auteurs prétendent même que le sperme d'un phtisique peut contenir des bacilles même quand l'homme n'a pas de lésion génitale tuberculeuse.

Personnellement nous n'avons pas toujours pu déterminer la cause efficiente de l'infection bacillaire, mais sur 74 femmes souffrant de maladies diverses des organes génitaux, nous avons pu établir avec précision 15 fois le diagnostic de tuberculose génitale primitive.

Nous n'insisterons pas sur la préférence de certaines parties des organes génitaux par le bacille. Rappelons simplement que la vulve et le vagin sont rarement atteints de lésions tuberculeuses. Ce sont les trompes et les ovaires où l'on rencontre le plus fréquemment ces lésions, plus rarement l'utérus lui-même. Les auteurs donnent différentes raisons : la projection du sperme, l'infection fréquente des trompes et des ovaires, leur vie active, etc. Les lésions, qu'on y rencontre, ne présentent rien de particulier ici. Rerelz a rapporté un fait curieux de tuberculose du canal génital de la femme avec atrésie. L'observation est d'autant plus intéressante qu'il s'agit d'une jeune fille vierge de 19 ans.

La tuberculose limitée primitivement au niveau des organes génitaux s'étend assez rapidement et crée des foyers secondaires qui constituent autant de complications. C'est généralement le péritoine qui est envahi en premier lieu, puis c'est le tour de l'intestin, des reins, des uretères, des méninges médullaires, etc.

Comment diagnostiquer cette localisation bacillaire ? Les ulcérations tuberculeuses du vagin ont les mêmes caractères que partout ailleurs. La tuberculose de l'ovaire n'a pas d'histoire clinique. La tuberculose des trompes donne tous les signes de la salpingite inflammatoire ordinaire. Et alors ?

Dans tous les cas où nous avons pu préciser ce diagnostic, notre attention a été mise en éveil par certains signes qu'on ne rencontre pas habituellement dans les inflammations non tuberculeuses : fièvre hectique, amaigrissement, sueurs nocturnes, pâleur du teint, troubles menstruels précoces. Chaque fois que nous nous trouvons en face d'un tableau de misère physiologique pareil, nous commençons par l'examen bactériologique, répété plusieurs fois, de l'écoulement vagino-utérin et, en cas de résultat négatif, nous contrôlons cette épreuve par une injection de tuberculine. On peut, par ce moyen absolument inoffensif, déterminer la nature de la lésion.

Quel traitement faut-il choisir? L'intervention chirurgicale n'a sa raison d'être que si elle est très précoce et si l'opération enlève la totalité des lésions. Mais même avec cette ablation totale et précoce il faut toujours, pour refaire l'organisme, un traitement général hygiéno-diététique. Dans la plupart des cas que nous avons eu l'occasion d'observer, nous n'avons même eu recours qu'au traitement médical. On sait à quels merveilleux résultats est arrivée aujourd'hui la thérapeutique de la tuberculose par le repos, l'aération continue et la suralimentation. C'est à cette triple thérapeutique rationnelle que nous avons soumis avec succès toutes les malades bacillaires, c'est-à-dire n'étant pas sous la menace d'une suppuration.

Que conclure de cette étude?

Aux organes génitaux, comme partout ailleurs, la localisation bacillaire se fait aux points où le tissu propre du canal se change en épithélium spécifique. Il semble y avoir là, au niveau de cette transformation épithéliale vis-à-vis de l'infection, un *locus minoris resistentiæ*. C'est l'une des raisons pour lesquelles on observe très rarement des lésions tuberculeuses au niveau de la vulve et du vagin.

Peut-être aussi les sécrétions vaginales exercent-elles une action microbicide et antagoniste avec les autres bactéries.

L'utérus est lui-même relativement protégé par la vitalité de sa muqueuse et sa desquamation mensuelle. Au contraire les trompes sont très souvent infectées par suite de l'étroitesse de leur cavité assimilable à un vase clos, à cause aussi de la multiplicité des plis et replis de leur revêtement épithélial. Les ovaires sont moins souvent tuberculisés que les trompes, mais plus fréquemment que l'utérus et le vagin.

Lorsqu'une affection des organes génitaux de la femme ne présente pas un aspect franchement inflammatoire, il faut penser à la bacillose, ou du moins déterminer la nature de la lésion, par une injection de tuberculine ou par l'épreuve de la séro-réaction. A plus forte raison doit-on examiner histologiquement et bactériologiquement toute lésion dont on a fait l'ablation chirurgicale. L'intérêt et l'avenir de la patiente l'exigent.

Panniculite, myo-cellulite, cellulite pelvienne, en gynécologie. Nature de cette affection.

— **Delassus** (Lille). — Affection peu connue et très fréquente, elle se caractérise par un œdème du tissu cellulaire, douloureux à la

pression quand il siège dans les parties profondes, au plissement dans les régions superficielles.

La panniculite siège dans le tissu sous-cutané qui forme le panniculé ; la myo-cellulite occupe les muscles, la cellulite pelvienne atteint le tissu cellulaire du petit bassin.

La panniculite se rencontre surtout dans la région sous-ombilicale de l'abdomen ; la myo-cellulite touche plus fréquemment les grands droits de l'abdomen, mais l'une et l'autre peuvent se rencontrer dans d'autres régions du corps. Le diagnostic est des plus faciles à faire, mais il faut y penser. Il n'est pas douteux que cette affection qu'il faut dépister ait été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic et de pronostic en faisant attribuer à des organes importants des troubles superficiels et peu dangereux.

La malaxation ou le massage des régions atteintes donne rapidement des résultats très appréciés des malades.

L'affection est en relation évidente et étroite avec les maladies utéro-ovariennes, en particulier ces dernières.

Le mécanisme de la relation n'est pas nettement connu. On peut songer à une action vaso-motrice réflexe à point de départ ovarien ou encore à un trouble causé par l'absence ou un vice de la sécrétion interne ovarienne. Dans un cas on a pu penser à du myxœdème fruste. Le terrain arthritique ou l'arthritisme peut être incriminé. De nouvelles recherches sont nécessaires pour éclaircir ces questions.

Sténose du col de l'utérus et son traitement.

— **Constantin Simionesco** (Paris). — Sur un total de plus de 3,000 examens gynécologiques, nous avons trouvé sept fois la sténose du col de l'utérus.

Quatre fois elle était congénitale et trois fois elle était cicatricielle.

Cette lésion est souvent méconnue. Les malades que nous avons vues avaient déjà consulté et le diagnostic était : ou métrite, ou ovarite, ou déplacement, etc.

La sténose du col congénitale existait chez des jeunes femmes qui souffraient depuis qu'elles ont commencé à avoir leurs règles ou peu de temps après.

La sténose cicatricielle était consécutive à l'accouchement ou à un curettage.

En 1896, nous avons soigné une jeune femme de 23 ans qui souffrait depuis deux ans.

Elle a commencé à être réglée à 19 ans et depuis l'âge de 21 ans elle souffrait deux ou trois jours avant le moment de ses règles.

Quand nous l'avons vue, son ventre était ballonné, elle accusait des douleurs dans le bas-ventre s'irradiant vers les cuisses et vers les reins.

Elle avait des nausées, le facies grippé, les yeux excavés et le pouls très petit.

A l'examen nous avons trouvé l'hymen à moitié conservé, ayant la forme d'un croissant.

Au toucher le vagin était souple, les culs-de-sac libres, le col de l'utérus très petit et son orifice imperceptible, le corps de l'utérus plus volumineux, plus dur et le fond de l'utérus en arrière.

Nous avons posé le diagnostic de sténose du col de l'utérus et dysménorrhée.

Nous avons conseillé les injections à 45° et une vessie de glace sur l'abdomen et, pour l'avenir, nous avons conseillé la dilatation du col de l'utérus.

Son entourage nous a dit alors que l'opération était déjà décidée, et tout était arrêté pour une ovariectomie.

Nous nous y sommes opposé, et nous l'avons recommandée à notre regretté maître Marchand, qui a opéré la malade; mais, au lieu d'une dilatation, il a pratiqué la résection du col de l'utérus ; car les fibres musculaires du col étaient insuffisantes pour se laisser dilater.

La malade a guéri et nous l'avons vue depuis en parfaite santé.

Les autres malades, nous les avons vues guérir après une simple dilatation ou la résection du col.

Nous recommandons la dilatation dans la sténose du col congénitale ou cicatricielle, et la résection dans la sténose accompagnée de l'atrophie des fibres musculaires (atrésie).

Le bleu de méthylène pur et pulvérulent dans le traitement des métrites.

— **Chaleix-Vivie** (Bordeaux). — Le bleu de méthylène, chimiquement pur, appliqué en solution concentrée (4 g. 57 p. 100) ou mieux *à l'état pulvérulent*, constitue un puissant modificateur intra-utérin, précieux surtout par son action *hémostatique*, immédiate et constante dans l'endométrite hémorrhagique, et son action *analgésique*, surtout

dans la dysménorrhée, liée à une altération de la muqueuse utérine. Il supprime ou atténue la leucorrhée et assainit, sans processus cicatriciel, les ectropions bourgeonnants et infectés. Ni caustique ni toxique, son application est indolore. Des recherches bactériologiques, faites par nous avec l'aide de M. Hobbs, ont vérifié l'énergie de son influence nocive sur la prolifération et la vitalité des divers microbes du conduit utéro-vaginal.

Séance du 8 août (matin).

200 opérations d'hystérectomie abdominale.

— **F. Terrier** (Paris). — Du 18 octobre 1899 au 16 juillet 1900, j'ai pratiqué 66 opérations d'hystérectomie abdominale, ce qui complète une statistique totale de 200 opérations, dont 134 ont été publiées et analysées (1).

Sur ces dernières 66 opérations, 56 ont trait à des hystérectomies abdominales sus-vaginales, et 10 sont des hystérectomies totales.

Les 56 hystérectomies sus-vaginales ont été faites :

Pour des fibromes, 21 fois, avec 1 mort ;

Pour des salpingites, 26 fois, avec 0 mort ;

Pour des kystes ovariques, 4 fois, avec un 1 mort ;

Pour des hématocèles, 3 fois, avec 0 mort ;

Pour une rétrodéviation utérine adhérente, 1 succès ;

Enfin pour une fistule pyo-stercorale, avec 1 insuccès.

Ces 56 opérations ont donc fourni 53 guérisons et 3 décès, soit 5,35 p. 100 de mortalité.

La malade, qui a succombé après l'ablation d'un fibrome pesant 12 kilog., est morte d'anurie.

Une malade atteinte de kystes multiloculaires des ovaires est morte au *18e jour ;* on a trouvé dans ses reins et dans le foie des abcès miliaires microscopiques.

Quant à la troisième malade, elle fut opérée pour fistule pyo-stercorale, ce qui nécessita une suture intestinale grêle. Elle succomba à une péritonite suppurée le 4e jour après l'opération.

---

(1) *Revue de Chirurgie*, t. XX, déc. 1899; *Ibid*, t. XVIII, déc. 1898; *Ibid.*, t. XVII, déc. 1897.

Les hystérectomies abdominales totales ont été assez exceptionnelles, car je n'en ai fait que 10 :

Dans 4 cas de fibromes, avec 1 mort ;

Dans 2 cas de salpingites suppurées graves, avec 0 mort ;

Enfin dans 4 cas de cancer du col et du corps de l'utérus, avec 0 mort.

L'hystérectomie totale nous donne donc pour ce petit nombre de cas une mortalité de 10 p. 100.

La seule malade qui ait succombé est une femme atteinte d'un gros fibrome utérin sphacélé. Malgré toutes les précautions possibles et l'emploi de l'eau oxygénée, elle mourut de septicémie.

Je borne là cette note statistique, désirant, en terminant, appeler votre attention sur les faits suivants :

En 1897, j'ai 26 opérations d'hystérectomie supra-vaginale, avec 15,38 p. 100 de mortalité, et 19 opérations d'hystérectomie abdominale totale, avec 15,78 p. 100 de mortalité ;

En 1898, 24 opérations d'hystérectomie supra-vaginale donnent 4,16 p. 100 de mortalité, et 6 opérations d'hystérectomie totale, 33,33 p. 100 de mortalité.

Enfin, en 1899, les hystérectomies supra-vaginales donnent 6,14 p. 100 de mortalité, et les hystérectomies totales, 20 p. 100.

En somme, de 1896 à 1899, 134 opérations d'hystérectomie abdominale, se divisant en 99 opérations supra-vaginales et 35 opérations totales, donnent pour les premières 8.08 p. 100 de morts, et pour les secondes 22,85 p. 100 de morts.

Aujourd'hui, dans nos 66 nouveaux cas, nous n'avons plus comme mortalité à regretter :

Pour l'hystérectomie sus-vaginale, que 5,35 p. 100 ;

Et pour l'hystérectomie totale, 10 p. 100.

Nous avons donc encore gagné pour l'une et l'autre opération.

La statistique portant sur nos 200 opérations, soit 155 hystérectomies abdominales sus-vaginales et 45 hystérectomies abdominales totales, nous donne :

Pour les premières 7,09 p. 100 de mortalité, et pour les secondes 20 p. 100.

En *masse*, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale et totale nous a donné 10 p. 100 de mortalité.

Hystérectomie rapide.

— **Stapler** (San-Paulo). — Le but principal dans les opérations doit être de les faire le plus rapidement, le plus sûrement, et réduire le plus possible la perte de sang. Ainsi, on diminue le danger d'une infection, d'une longue narcose et on augmente le pouvoir de résistance de l'organisme.

L'angiotripsie semblait un progrès dans l'hystérectomie. Mais le

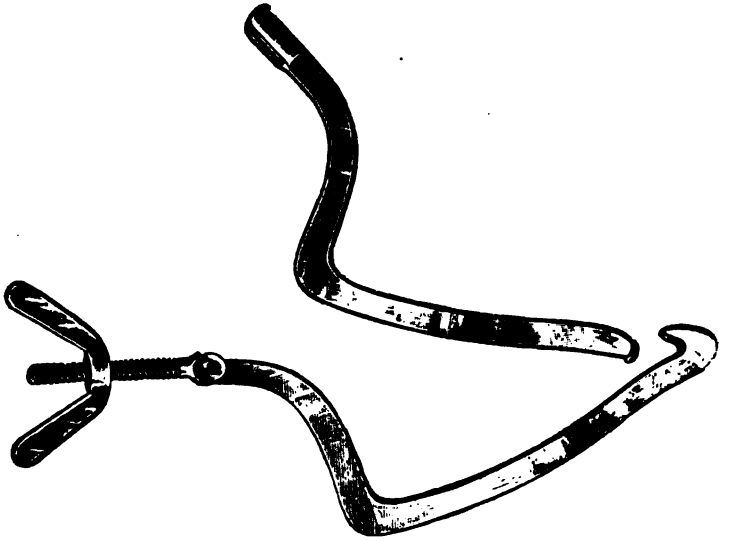


FIG. 1. — Une pince démontée.

maniement de la pince de Doyen est tellement incommode que M. Tuffier a justement reconnu que l'unique moyen qui permet d'exercer sans fatigue une grande force est une vis.

Peu après on voit surgir, surtout en Allemagne, un grand nombre d'angiotribes, ce qui est la meilleure preuve qu'aucun d'eux n'est satisfaisant.

Leur grand défaut est qu'il les faille appliquer plusieurs fois de chaque côté, ce avec quoi on perd beaucoup de temps, l'avantage principal.

Malheureusement on ne peut pas conseiller une méthode pour tous les cas de l'hystérectomie; mais en cas de grands fibromes, en cas de

malades très affaiblies, chez lesquelles chaque goutte de sang est précieuse et qu'il faut agir vite, aussi je propose une méthode basée sur l'angiotripsie et exécutée avec deux pinces spéciales inventées par moi.

Les pinces consistent en deux branches séparées, s'unissant à une des extrémités, à une jointure, et se fermant à l'autre par un fort écrou. Les branches ont une double courbure, une s'adaptant à la forme de l'utérus, l'autre à la forme du bassin.

L'opération avec ces pinces se fait de la manière suivante : après avoir ouvert le ventre, on pousse la tumeur en dehors, on ouvre le

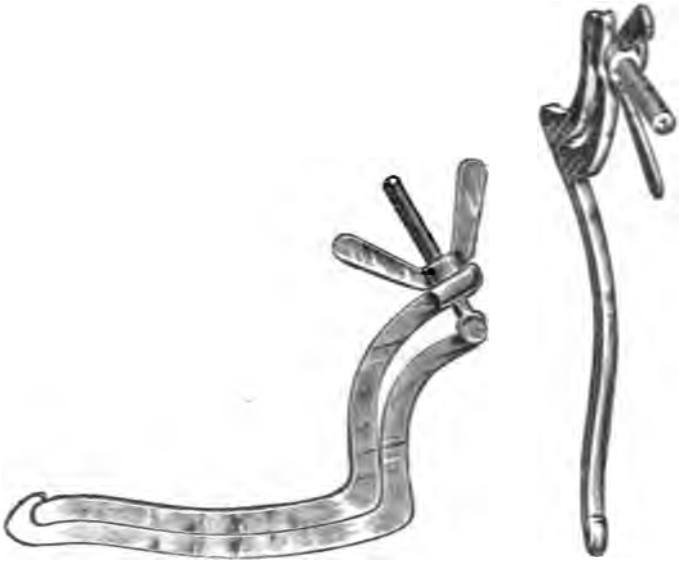


FIG. 2. — Pince fermée.

FIG. 3. — Pince gauche fermée et en place.

Douglas ; on incise sur la face antérieure de l'utérus la séreuse, on décolle la vessie avec le doigt et on ouvre le vagin. Après, on introduit la branche inférieure de la pince par l'ouverture du Douglas dans le vagin sous les ligaments d'un côté : ensuite on y introduit la branche supérieure qu'on joint dans le vagin à l'inférieure, de manière que les ligaments avec tous leurs vaisseaux sont pris entre elles et serrés par la vis avec une pression de 1,000 kilog. environ (fig. 4).

On coupe maintenant le tissu centralement, au ras de la pince ; et

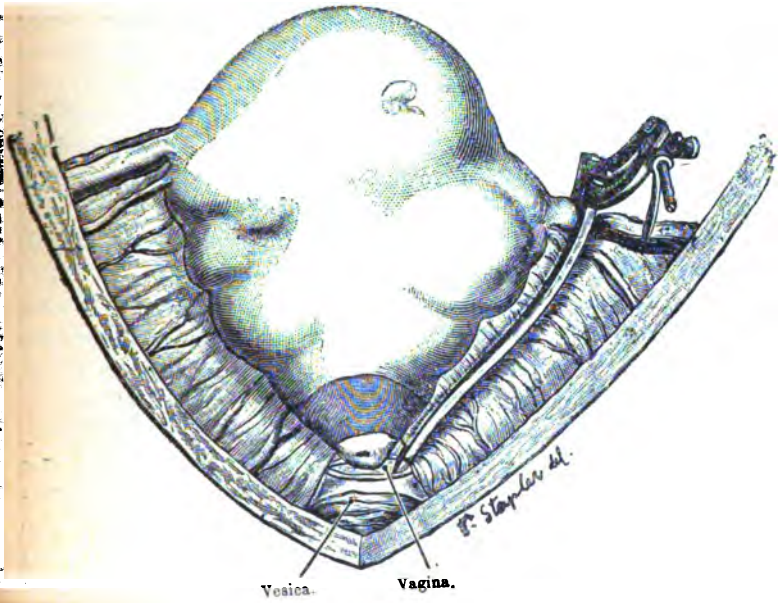


FIG. 4.

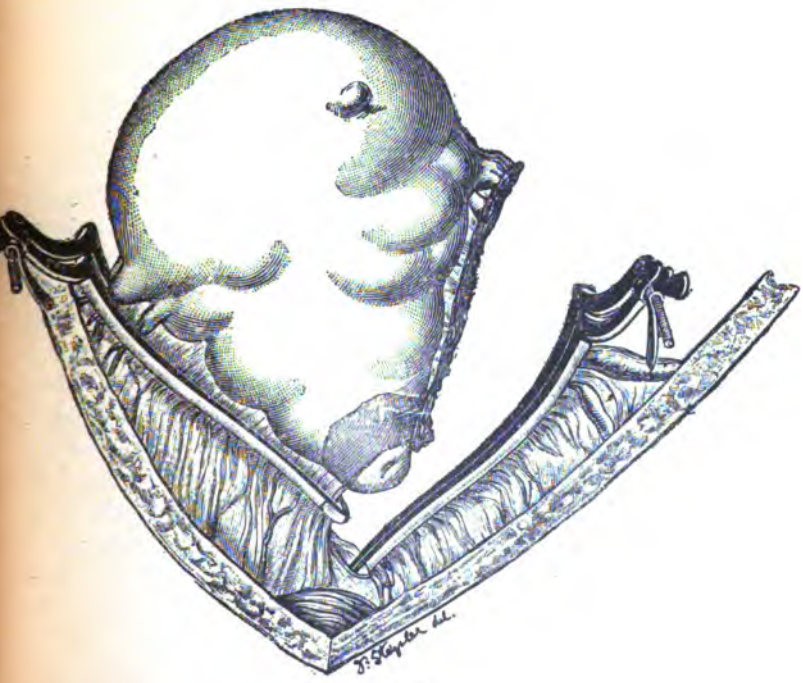


FIG. 5.

en appliquant sur la face coupée de l'utérus une compresse, on serre également les ligaments de l'autre côté entre une autre pince. En les coupant, la tumeur est extirpée (fig. 5).

On laisse les pinces serrées de trois à cinq minutes, après quoi les tissus et les artères sont réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier, et tout saignement cesse. On n'a qu'à retirer les pinces, et l'opération est terminée parce qu'on ne suture ni le vagin, ni la séreuse.

Cette méthode d'opérer joint à une grande rapidité une grande facilité d'exécution et une perte minime de sang.

Ces pinces peuvent servir également pour la résection de l'épiploon, des intestins, etc., où il s'agit d'écraser les tissus et empêcher les suintements.

Discussion.

— **Hagopoff** (Constantinople). — Je désire simplement faire une objection à propos de la méthode d'angiotripsie. Je m'élève absolument contre ce genre d'hémostase que je crois très dangereux. Encore si l'écrasement était porté sur une large surface, cela serait à la rigueur admissible. Et, d'ailleurs, à quoi bon compliquer inutilement l'opération du moment que, pour l'hémostase par ligature, qui est la méthode la plus sûre, il faut presque autant de mise en scène que pour la méthode par écrasement ?

Hystérectomie abdominale totale.

— **Thomas Jonnesco** (Bucarest). — Depuis 1896, j'ai pratiqué 114 hystérectomies abdominales totales, dont 28 pour fibromes, 20 pour cancer du col, 2 pour prolapsus génital grave, 1 pour inversion utérine irréductible, 24 pour diverses lésions non septiques des annexes, bilatérales ou unilatérales (kystes de l'ovaire intimement unis à l'utérus), 36 pour annexites suppurées, 1 pour grossesse extra-utérine, 2 pour hystérie grave.

La technique employée a varié avec les cas. En général, j'emploie mon procédé légèrement modifié ; il consiste en : décortication de la tumeur de haut en bas, isolement et section entre deux ligatures des vaisseaux utéro-ovariens, isolement et section entre deux ligatures du ligament rond et ses vaisseaux, dissection et isolement d'arrière en avant de l'uretère jusqu'au point d'entrecroisement avec l'artère utérine : isolement de celle-ci et des veines qui l'accompagnent et section

entre deux ligatures, près de l'origine de l'utérine, en dehors de l'uretère. — Effondrement du cul-de-sac vaginal antérieur, après décollement de la vessie, circumcision du col. Enlèvement d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes. Enfin ligature des deux hypogastriques. Celle-ci, pratiquée à la fin de l'opération après la ligature des utérines, assure l'hémostase immédiate des artérioles vaginales et met absolument à l'abri des hémorrhagies secondaires. Fermeture du vagin et réfection du plancher péritonéal si le drainage est inutile. — Réfection du plancher péritonéal et drainage sous-péritonéal du pelvis par le canal vaginal, si le drainage devient nécessaire, soit à cause de la rupture de poches suppurées, soit pour assurer un écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces résultant du décollement des poches annexielles ou de fibromes intra-ligamentaires adhérents. A défaut de péritoine suffisant, la cavité pelvienne est fermée par la suture du côlon pelvien au péritoine vésical. Pas de drainage abdominal. Dans tous les cas où les ovaires sont sains, ils sont séparés des trompes et de l'utérus et conservés en les plaçant sous le plancher péritonéal, en dehors donc de la cavité abdominale pour éviter toute adhérence ultérieure possible avec les anses intestinales ou l'épiploon. Toutes les ligatures sont faites au catgut fin n° 0 ; je n'emploie jamais la soie. L'opération est faite à ciel ouvert et largement facilitée par l'emploi de mon écarteur abdominal mécanique.

Enfin l'emploi de ma suture abdominale avec fils temporaires d'argent et l'exclusion de tous fils permanents assure une cicatrice parfaite de la plaie abdominale et la met à l'abri de toute suppuration immédiate ou tardive. Grâce au perfectionnement de la technique, les résultats se sont tellement améliorés que la castration abdominale totale est devenue aussi bénigne sinon plus que la castration vaginale totale, à laquelle elle est bien supérieure par ses résultats thérapeutiques. Dans les suppurations pelviennes sa bénignité est absolue ; elle l'est aussi dans les fibromes si on pratique la ligature des hypogastriques qui assure l'hémostase définitive et écarte la seule complication grave, l'hémorrhagie secondaire.

Une statistique blanche de ma dernière série de 1899 à 1900 me l'a prouvé.

Hystérectomie abdominale totale.

— **Lebec** (Paris). — Depuis plusieurs années, je me suis franchement rallié à l'hystérectomie totale pour un certain nombre d'affections

utérines : les fibromes, quelques rares salpingites suppurées et graves, les cancers du corps de l'utérus et quelques cas de prolapsus.

Hystérectomie totale pour fibromes. — Je crois que c'est une méthode excellente, d'une exécution en général pas trop difficile. Je regarde l'ablation du col comme un avantage, parce que, conservé, il peut se déplacer en arrière, gêner le bon fonctionnement d'un drainage reconnu nécessaire, et devenir ainsi le point de départ d'une infection. On a aussi signalé des cas d'adhérences du moignon avec le grand épiploon ; enfin la conservation du col complique l'opération. Le procédé que j'emploie depuis six ans est des plus simples : ligature des artères utéro-ovariennes en utilisant, au milieu de ligaments larges, l'espace qui ne contient jamais de vaisseaux. Ligature des ligaments ronds. Taille d'un lambeau péritonéal sur la face antérieure du fibrome et isolement de la vessie. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur, en me guidant sur une pince courbe mise dans le vagin. Ligatures en masse des bases du ligament large droit et gauche. Section transversale du fibrome au-dessus des ligatures, puis section verticale du col en deux moignons qui sont immédiatement rabattus avec les ligatures dans le vagin. Suture du péritoine ou drainage selon les cas.

Je considère l'hystérectomie totale comme un perfectionnement. Les causes de mort sont de plus en plus rares. Les unes appartiennent à toutes les opérations abdominales vulgaires : septicémie, embolies, urémie, troubles cardiaques ou pulmonaires, épuisement. Les seules causes de mort imputables à l'hystérectomie sont les hémorrhagies par chute des ligatures des utérines, mais ce sont là des accidents qu'on peut facilement éviter, et, par mon procédé, je n'ai jamais perdu de malade de ce chef.

Myomectomie sans hystérectomie. — Bien que le sentiment général soit en faveur de l'ablation totale et que moi-même j'y aie presque toujours recours, si je me rapporte à mes résultats, je suis obligé de dire que cette ablation totale n'est pas toujours nécessaire. Quand le fibrome est petit, unique, je procède de la façon suivante : Après une forte dilatation du col avec les gros dilatateurs d'Hegar, au besoin après incision latérale, j'explore avec le doigt la cavité utérine, j'incise crucialement la muqueuse : le fibrome, mis à nu, est facilement extrait par morcellement. Les inconvénients de ce procédé sont la suppuration fréquente, l'hémorrhagie et les chances de récidive dues à de petits noyaux fibreux qu'on a laissés.

Hystérectomie abdominale totale pour salpingites. — Je m'élève contre

l'abus de cette opération. Bien souvent, l'ouverture et le drainage par le cul-de-sac postérieur peuvent suffire, l'ablation de l'utérus devant être réservée comme opération extrême. Je préfère de beaucoup la salpingectomie, que l'on pratique de la façon suivante : Après avoir largement ouvert le cul-de-sac de Douglas, on détache les trompes avec les doigts, on réussit souvent à les décoller, à les descendre dans le vagin, et on les enlève en mettant une pince courbe sur le pédicule. C'est une opération excellente que je pratique de plus en plus.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer. — Dans les cancers du col, je suis peu convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. En effet, si le vagin est atteint par le cancer, on peut être certain que des lymphatiques sont pris et comme ils sont collés contre la paroi osseuse, il est impossible de ne pas laisser quelques parties suspectes, et, quel que soit le procédé, la récidive est fatale. Il en est autrement quand le col n'est que légèrement atteint : en enlevant largement tout ce qu'on peut de la paroi vaginale, on a alors tout autant de chances d'extirper le ligament large par le vagin que par l'abdomen et l'opération est plus courte et plus facile.

Le cancer du corps de l'utérus prête à des considérations toutes différentes ; la voie abdominale offre plus de sécurité.

Hystérectomie totale dans les cas de prolapsus. — Si l'utérus est en prolapsus, sans hypertrophie, ce que l'hystéromètre démontre facilement, je ne fais jamais d'ablation. Si le col est hypertrophié, j'en fais l'amputation. Il en est autrement s'il y a hypertrophie de la portion sus-vaginale, et là il faut diviser les cas en deux classes : chez les femmes jeunes, pouvant devenir mères, si l'hypertrophie (ce qui est rare, d'ailleurs) ne dépasse pas 5 centimètres, on peut parfaitement les guérir en faisant l'opération d'Huguier, c'est-à-dire en creusant sur le col un cône et en terminant par la colporrhaphie ; chez les vieilles femmes, je suis plus radical, parce que l'utérus est presque toujours atrophié en largeur, il vaut mieux faire l'ablation totale, opération bénigne et d'une simplicité extrême.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale par forcipressure vaginale à demeure.

— **Hagopoff** (Constantinople). — Après ligature des utérines et des utéro-ovariennes, je passe une broche sur l'utérus au-dessus du niveau des culs-de-sac vaginaux et je taille deux lambeaux péritonéaux

en avant et en arrière, convergeant des bords supérieurs des ligaments larges aux points d'entrée et de sortie de la broche. Je décolle ces lambeaux et j'enlève l'utérus au-dessus de la broche. Après avoir évidé le col j'attire chaque lambeau péritonéal dans sa cavité à l'aide d'un fil qu'un aide avec une pince ramène dans le vagin. Un aide serre alors ces lambeaux avec une pince dans le vagin. On laisse la pince à demeure dans la cavité vaginale jusqu'à ce qu'elle tombe spontanément par suite du détachement complet par sphacèle des lambeaux et du pédicule.

Contribution à l'étude du traitement de l'avortement incomplet.

— **F. Jouin** (Paris). — Dans une précédente étude (Société française pour l'avancement des sciences, Nantes, 1898) j'ai montré que l'avortement ovulaire (avant le 3e mois) et même embryonnaire (du 3e au 5e mois), quand il se fait en deux temps, est presque toujours suivi de rétention définitive et plus ou moins considérable de débris placentaires. Et je me suis nettement prononcé pour la nécessité d'une évacuation mécanique de ces débris aussitôt que possible, l'opération étant d'autant plus facile qu'elle est plus tôt pratiquée.

Simple balayage de la cavité utérine pendant les quarante-huit premières heures, l'évacuation nécessite ensuite une véritable intervention.

Fehling, Tyler Smith et Veit, dans les cas de ce genre, conseillent le curettage instrumental, sans dilatation préalable.

Boissard, après Budin, est pour le curettage digital.

Dührssen obtient l'évacuation utérine par un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

Puttemam la demande au sulfalte de quinine.

Klein et Bar à la lactose.

Pour moi, l'utérus doit être avant tout dilaté pendant vingt-quatre heures avec une tige de laminaire aussi volumineuse que possible. Cette tige en effet non seulement détermine l'ouverture de l'organe, mais par la contraction du muscle utérin elle amène aussi le décollement des débris placentaires et réduit leur extraction et la résection de la muqueuse au maximum de sécurité et au minimum de difficulté.

Description du manuel opératoire. Observations à l'appui.

Du curettage électrique.

— **Foveau de Courmelles** (Paris). — Le curettage à la curette de Récamier, rénové depuis quelques années, n'a pas donné tous les résultats qu'on attendait et il n'est pas toujours inoffensif, l'instrument tranchant ayant parfois perforé des utérus friables ; aussi ai-je pensé, — et les premiers résultats ont été présentés par Péan à l'Académie de Médecine de Paris, le 8 novembre 1892, puis le 19 novembre 1895 — à remplacer la curette classique par une anse de platine, de forme spéciale.

L'opérateur n'a pas à faire intervenir pour le diagnostic sa sensibilité propre, mais bien celle de la malade, non endormie, en vertu du principe suivant d'électro-diagnostic : *Tout point d'épiderme ou de muqueuse qui est lésé, congestionné, ou abrite des régions congestionnées, ulcérées, perçoit plus vivement que le voisinage le passage d'un courant électrique, même faible.* En promenant un pôle négatif de courant continu, dont le positif est sur le ventre, dans la cavité utérine on découvrira ainsi les points lésés ou plus lésés que leur voisinage, les maximums du processus morbide, et c'est là que devra s'exercer l'action destructrice, révulsive d'un courant continu plus fort, thermique, par une anse de platine, plane et arrondie.

La grande difficulté de réaliser ce *curettage galvano-thermique* ou *pyrogalvanique* était d'avoir un seul instrument à la fois explorateur et destructeur afin de n'avoir pas, en changeant d'appareil, d'hésitation après l'examen et lors de la cautérisation, sur le siège du mal. Un galvano-cautère spécial, avec borne additionnelle, permet de rendre l'anse de platine, avant son rougissement, électrode négative et exploratrice, et, le point à brûler ainsi déterminé, on presse sur le manche du galvano-cautère et le courant thermique passe alors, rougissant l'anse de platine. On opère ainsi pour les différents points.

Dans l'endométrite hémorrhagique, certaines métrites avec lésions des annexes, mais sans rétraction placentaire, cette action cautérisante et révulsive a donné les meilleurs résultats (154 observations).

Traitement de la neurasthénie féminine par les extraits d'ovaire.

— **Edmond Vidal** (Paris). — Entièrement distincte de la neurasthénie de l'homme par son origine, ses formes, son évolution, la neu-

rasthénie féminine n'en est pas moins difficile sinon à guérir, du moins à améliorer.

Très fréquente chez la femme, en dehors de toute lésion de l'appareil génital, la neurasthénie a pour dominante un découragement profond, une disparition plus ou moins complète de la volonté, qu'accompagnent des sensations douloureuses dans tous les organes.

C'est contre cette neurasthénie féminine, cause et non résultat de troubles de l'appareil génito-urinaire, que j'ai employé la médication ovarienne.

C'est des injections hypodermiques que j'ai retiré les meilleurs effets. Les injections quotidiennement faites à des doses variant de 3 à 5 centim. cubes, par séries de 16 à 20, ont donné des résultats suffisamment précis pour donner droit de cité à l'opothérapie ovarienne dans l'arsenal du traitement de la neurasthénie féminine.

Après quelques injections, 6 en moyenne, les malades voient disparaître un à un leurs troubles névropathiques. Le sommeil est récupéré. les céphalées disparaissent, l'appétit et la digestion se régularisent, le caractère se modifie et les malades ne tardent pas à pouvoir reprendre le cours normal de leur existence.

Manie menstruelle.

— **R. Wise** (Londres). — J'ai observé plusieurs cas dans lesquels la menstruation était accompagnée de manie et de mélancolie à des degrés divers. Mon intention est d'exposer, sommairement, les opinions que j'ai acquises sur ces faits.

Mais je tiens à déclarer, avant d'entrer dans ces considérations, qu'il y a erreur à croire que toutes les femmes qui, à l'occasion des règles, présentent des troubles mentaux sont par cela seul et nécessairement de tempérament névropathique. Très souvent, j'ai vu des femmes de forte constitution, et qui, durant les périodes intermenstruelles, paraissaient tout à fait indemnes d'instabilité nerveuse, présenter aux époques des menstrues des accidents mentaux aigus. On sait qu'en beaucoup de cas de manie et de mélancolie chronique le processus morbide affecte une allure aiguë pendant la menstruation. Ces derniers cas vont constamment avec un système nerveux particulièrement instable.

Je vais soumettre maintenant à votre attention un certain nombre de faits propres à aider à fixer l'étiologie de la manie puerpérale. Avec plusieurs autres observateurs, j'ai reconnu que les troubles mentaux

débutent ou s'aggravent, presque toujours, pendant la période prémenstruelle et que ces symptômes tendent à s'amender dès que la menstruation survient et s'établit. J'estime que ce fait seul marque fortement la cause de cette condition pathologique. Cette cause, à mon avis, c'est une tension excessive dans les vaisseaux sanguins du cerveau. Les examens directs, dans les cas de chirurgie crânienne, des vaisseaux sanguins de la substance corticale, et au cours d'expériences sur des animaux, ont démontré que cet état de tension sanguine excessive est bien réel. Nous pouvons aussi rappeler, dans cet ordre d'idées, qu'il existe un excès d'acide carbonique dans le sang avant la menstruation. Nous savons que dans les empoisonnements par ce gaz les vaisseaux sanguins corticaux apparaissent extrêmement injectés avec du sang liquide rouge vif. La considération de ces faits nous conduit à la conclusion probable que la tension des vaisseaux sanguins de l'écorce cérébrale, compliquée d'influences toxiques, déprime les centres cérébraux supérieurs, entraînant la perte du contrôle, avant et pendant la menstruation. Cette tension peut, éventuellement, s'aggraver du fait de causes mécaniques sous la dépendance de lésions circulatoires et autres.

Le pronostic de ces cas varie. Lorsque le système nerveux est stable, bien pondéré durant les périodes intermenstruelles et qu'on peut, en outre, écarter tout soupçon d'affection organique, ce pronostic est très favorable. J'ai traité, avec succès, plusieurs de ces cas; on peut même obtenir beaucoup du traitement, même pour les cas où le système nerveux est toujours instable, pourvu que les vaisseaux sanguins du tissu nerveux et que le tissu nerveux lui-même n'aient pas été réduits par la maladie à un état de trop grande fragilité, et que les autres organes fonctionnent bien normalement.

Je désire maintenant entrer dans quelques brèves considérations relativement au traitement de ces cas. Il m'a paru qu'on obtenait de très heureux résultats par le bain chaud combiné avec des fomentations froides sur la nuque et les lombes, et avec l'emploi de laxatifs (coloquinte et jusquiame), de sédatifs (bromure d'ammonium ou trional), proportionnés à la sévérité des cas, et donnés de façon à assurer le repos. Lorsque la menstruation paraît retardée, il est avantageux d'administrer la quinine à la dose de 10 grains, à intervalles de trois heures, etc. ; — mais, en semblables cas, *plus le traitement est réduit et mieux cela vaut.* Potages très nourrissants, nourriture substantielle conviennent pour ces cas comme dans tous les cas de troubles mentaux.

Il peut même être nécessaire d'appliquer, pendant les périodes intermenstruelles, la méthode de Weir Mitchell, particulièrement pour les cas d'anémie. La combinaison judicieuse du repos, de la nourriture et de l'exercice en plein air sont, ici, de grande valeur. La suppression de toutes les causes de toxicité, l'administration de toniques appropriés à chaque cas, le choix de l'entourage, du milieu dans les intervalles intermenstruels, combinés avec une bonne direction mentale et morale, tels sont les moyens qui résument la méthode de traitement, toujours utile et souvent efficace pour la cure complète de la manie menstruelle.

Séance du 8 août (soir).

Chirurgie conservatrice de l'ovaire.

— **Palmer Dudley.** — Je désire vous communiquer les résultats de ma pratique personnelle, orientée suivant le même principe de chirurgie conservatrice durant la dernière année. Je vous rappellerai d'abord une courte note, lue au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, à Amsterdam, dans laquelle j'ai rapporté 127 cas consécutifs d'ablations ou de ponctions des annexes, sans un seul décès, et comprenant 1 cas d'implantation intra-utérine de l'ovaire. Aujourd'hui, j'ai élevé ce nombre à 148, avec 5 cas d'implantation intra-utérine de l'ovaire *sans un décès*. Sur ce nombre, j'ai pu relever 25 cas de grossesse A ce groupe appartient le cas, communiqué à Amsterdam, de double laparotomie avec conservation *in situ* de seulement une moitié d'ovaire et de trompe. Depuis mon rapport à Amsterdam, j'ai, 4 fois encore, pratiqué l'implantation intra-utérine de l'ovaire, soit, en tout, 5 fois. Les 5 femmes ont guéri sans apparence de malaises, mais 3 seulement d'entre elles ont conservé la fonction menstruelle. Nulle trace de réaction utérine causée par la présence du tissu ovarique transplanté. Depuis mon rapport à Amsterdam, j'ai modifié la technique opératoire dans le but de réussir, si la chose est possible, à *sauvegarder, dans tous les cas la fonction menstruelle*. Dans ce but, je résolus d'implanter l'ovaire sans le détacher de ses ligaments et sans le priver de ses relations nerveuses. Au lieu donc de libérer complètement l'ovaire, je commence par énucléer la trompe de son enveloppe péritonéale ; puis au lieu d'inciser le fond de l'utérus, j'incise l'une ou l'autre corne

utérine suivant l'ovaire à implanter. Au résumé l'opération finie, la femme a, simplement, un ou deux ovaires suspendus dans l'utérus par leur propre ligament, mais fixés dans la corne utérine par la suture. J'ai la conviction que, grâce à cette technique opératoire, la fonction menstruelle sera préservée, et qu'il est possible que la grossesse survienne. Mais quelle influence la présence de l'ovaire ainsi implanté pourra-t elle avoir sur l'évolution de la grossesse ? Favorisera-t elle l'avortement? ou bien, la grossesse allant à terme, y a-t-il là une condition d'affaiblissement de la paroi utérine et, par suite, un danger de rupture de l'utérus ? Autant de questions à résoudre. J'espère être en état de faire un nouveau rapport sur le sujet au prochain Congrès.

Traitement opératoire des annexites.

— **Hartmann** (Paris). — Voir plus haut, p. 192.

Des opérations conservatrices et mutilantes sur les organes génitaux internes de la femme. Cœliotomie et hystérectomie.

— **Villareal** (Mexico). — Avec les progrès de l'asepsie, les opérations mutilantes sur les organes génitaux internes de la femme ont été réduites aujourd'hui aux cas dans lesquels il est impossible de rien conserver, la maladie ayant produit la complète destruction fonctionnelle ou organique des dits organes.

Les opérations conservatrices, plus en harmonie avec le génie chirurgical moderne, ont pris un grand développement dans ces dernières années, grâce aux progrès de l'asepsie, et à la vulgarisation de la *cœliotomie abdominale*, et surtout de la *cœliotomie vaginale*.

Cette dernière opération en gynécologie, domine toutes les autres, et on peut dire que c'est la clef de toute intervention chirurgicale, pratiquée dans la portion des organes féminins internes, couverts par le péritoine, quand les dits organes ne franchissent pas, par leur volume anormal produit par la maladie, *le détroit supérieur*, et les adhérences ou les infiltrations des ligaments n'empêchent pas leur descente; il reste alors la *voie haute*, pour le traitement des affections *néoplasiques* et inflammatoires, qui ne peuvent pas, pour les raisons exposées plus haut, être traitées par la *voie vaginale*.

Ainsi par la *cœliotomie vaginale antérieure*, se pratique dans les cas favorables avec succès, le traitement de la *rétroflexion* et *rétroversion*

adhérente ou non, en faisant le détachement des adhérences du corps (si elles existent) et la *vagino-fixation* ou un procédé analogue de fixation antérieure.

Le traitement des *pelvi-péritonites chroniques* adhésives, dans lesquelles non seulement la matrice, mais encore les *trompes* et les *ovaires* sont déplacés et fixés par les adhérences.

La *désencapsulation* et *fixation* dans une position convenable ne sont pas des choses difficiles, et encore moins impossibles. Comme la voie vaginale antérieure, permettant une exploration étendue et minutieuse, aussi bien par le toucher comme de *visu*, des organes internes, nous met dans les meilleures conditions pour pratiquer l'*hystérectomie*, ou *castration totale*, en cas de perte totale desdits organes et avec plus d'amplitude et bénignité, nous permet d'enlever un *ovaire microkystique* ou *sclérokystique*, ou la portion d'organe malade, ou à la *trompe* de former son *stome* ou diminuer par l'amputation son excessive longueur, ou par sa résection longitudinale rétrécir son calibre, dans le cas d'un *hydrosalpinx* perméable non volumineux, ou bien dans les *hydrosalpinx*, *hématosalpinx*, dans certains *pyosalpinx* unilatéraux, enlever l'organe malade en laissant la portion d'ovaire saine, ou encore extirper la trompe d'un côté, et l'ovaire du côté opposé; on peut encore combiner toutes ces opérations, ce qui est le cas le plus fréquent, conservant les parties des organes qui sont intactes, et les remettant dans la mesure du possible dans leur position normale. *Les tumeurs moyennes*, aussi grosses que le poignet et encore plus grosses, quand elles sont *kystiques* peuvent être extirpées avec facilité sans mutilation grave, laissant la matrice et les annexes en condition de pouvoir fonctionner, par cette voie vaginale antérieure que le professeur Dührssen trouva, et qu'après le professeur Martin a vulgarisée.

Je le répète, toujours dans le cas d'absence d'une adhérence extraordinaire, ou d'un volume considérable de la matrice et des annexes, leur traitement par la voie vaginale s'impose par sa simplicité : *facilité d'exploration*, bénignité, et comme une période préliminaire de l'extirpation totale de la matrice et des annexes, dans le cas où leur conservation serait jugée impossible ou inutile.

J'ai pratiqué dans l'hôpital *Marcelin* et dans le service gynécologique que je dirige, et parmi des malades de ma clientèle, 162 cœliotomies pour des affections différentes, et qui ont présenté un caractère conservateur. Toujours plus d'une opération a été nécessaire dans la même séance, surtout parmi les patientes atteintes de ce complexus patholo-

gique consécutif à l'infection puerpérale, et caractérisé par l'englobement des organes génitaux internes, les adhérences résistantes chroniques péritonéales, épiploïques et intestinales, traces de ladite infection, accompagnées en même temps de *déchirures du périnée* et de *prolapsus* plus ou moins avancé.

Les opérations plastiques *vagino-périnéales* sont un complément forcé desdites interventions, aussi bien que dans les autres cas de *prolapsus* dans lesquels il faut se servir de *l'hystérectomie*.

Dans les 162 opérées déjà citées, la guérison a été la règle.

Sur 5 la suppuration s'est produite, et il y a eu 16 cas de reproduction des accidents (des ovaires microkystiques, trompes obstruées, etc.) et la continuation des souffrances a rendu indispensable une seconde intervention, pour finir avec l'extirpation d'une des annexes ou l'enlèvement total de tout l'appareil génital interne, n'ayant eu aucun décès parmi ces 162 opérées.

43 hystérectomies vaginales pour des affections inflammatoires, *parenchymateuses*, *plastiques*, *hydrokystiques*, ou suppuratives des annexes.

Dans 26 cas, préalablement la cœliotomie vaginale antérieure comme moyen d'exploration, finissant ensuite par l'extirpation de la matrice et les annexes, et dans 17 commençant aussitôt par l'hystérectomie, un décès.

Partisan convaincu des interventions vaginales, il est naturel que je traite le *cancer utérin* par cette voie, ayant obtenu 1° d'excellents résultats dans le *cancer du col*, quand les culs-de-sac vaginaux ont été à l'abri de l'invasion ; 2° des résultats moins bons quand les culs-de-sac vaginaux ont été envahis, malgré la résection de la portion supérieure du vagin ; 3° des résultats moyens quand l'invasion s'est étendue à la base des ligaments larges et fixée à la matrice ; 4° de mauvais résultats dans le cancer du corps avec invasion du vagin et de la vessie, parce que la reproduction se fait sur place, et dans les deux malades décédées, sur les 34 opérées, il s'agissait de cette forme très avancée du cancer. Dans les malades de la première catégorie, j'ai des opérées sur lesquelles la reproduction ne se produit pas au bout de plus de deux années, ainsi que dans quelques cas de la deuxième catégorie ; je fais remarquer toutefois que la résection du vagin, je la fais très ample, et reproduction plus ou moins tardive dans les cas de troisième et de quatrième catégorie.

Cependant au point de vue de la survie, j'ai obtenu des gué-

risons assez satisfaisantes, comme également pour la disparition des douleurs, des hémorrhagies, et des infections secondaires. Le résultat opératoire immédiat a été excellent sans distinction des cas, soit que j'aie employé la méthode de *forci-pressure* ou *fili-pressure* ou celle que j'appelle *hémostatique* ou d'*énucléation* sans application des pinces, ni fils, drainant dans tous les cas.

Les interventions par voie ventrale, je les réserve pour les tumeurs géantes des ovaires et de la matrice, pour les *pyosalpinx* volumineux ou extrêmement adhérents ou dans les cas dans lesquels l'intervention par la voie vaginale est impossible.

Ainsi j'ai opéré 36 kystes de l'ovaire de grandeur et de nature différente et parmi eux un immense (il pesait 58 kilog.) porté par une pauvre vieille de 70 ans qui succomba 13 jours après l'opération d'une *pneumonie hypostatique*, la plaie ventrale était cicatrisée.

38 opérations pour *fibro-myômes* (16 *hystérectomies supra-vaginales* sans drainage, 6 en faisant le drainage par le cul-de sac de Douglas, et 13 *hystérectomies* totales, deux décès : l'une, chez une femme de 48 ans, atteinte d'une tumeur géante (7 1/2 kilog.) et encore d'une lésion organique non compensée; elle mourut le dixième jour de l'intervention. L'autre, aussi atteinte de lésion valvulaire, succomba au quatrième jour.

Trois hystérotomies pour fibro-myômes, trois succès.

6 cœliotomies abdominales pour des *hématomes rétro-utérins* péritonéaux (dans deux cas l'embryon était perceptible du deuxième au troisième mois) et d'autres affections coexistantes de la matrice et des annexes finissant par l'hystérectomie totale, et dans les cas restants par l'extirpation de l'annexe malade et détachement de son *congénère*, *ventro-fixation* et *drainage* par le Douglas, *6 succès*.

3 laparotomies pour appendicite et *salpingo-oophorites plastiques* avec *rétroversion utérine*, chez des femmes sans enfants, en faisant l'extirpation de l'appendice et de l'annexe droite et finissant par la *ventro-fixation*. *3 guérisons*.

Dans 11 cas (à la demande expresse des malades) l'extirpation des annexes pour *salpingo-oophorite* parenchymateuse, purulente ou *hydro-kystique* par la voie abdominale, 7 hystéropexies complémentaires. *11 guérisons*.

32 hystérectomies totales, un décès, le premier, et 14 supra-vaginales avec drainage par le Douglas, pour *pyosalpinx* double, 45 guérisons.

15 extirpations soit de l'annexe droite, soit de la gauche pour *pyo-salpinx* unilatéral, dans 3 cas d'*hystérectomie abdominale* pour répétition des accidents.

Une hystérectomie abdominale laissant les annexes saines, pour cancer volumineux non ulcéré du col utérin, chez une femme âgée, très obèse ; la guérison persiste.

Une castration *utéro-ovarique abdominale pour cancer du col ou du corps*, avec un commencement d'ulcération, opération récente. Dans ces deux derniers cas, aucune manœuvre sur les ganglions.

52 *opérations de hernies*, 52 *guérisons* (1).

Deux extirpations de rate hypertrophiée, l'une chez une fillette de 11 ans et l'autre chez une femme de 24 ans (rate énorme 6 1/2 kilog.) ; elle succomba d'épuisement cinq heures après.

Six laparotomies exploratrices, dont 3 avec anesthésie locale, dans lesquelles j'ai fermé le ventre, m'étant trouvé avec des lésions en dehors des secours chirurgicaux. (Total : 459 opérations du ventre avec une mortalité de 8, soit 1 1/2 p. 100.)

La méthode d'asepsie que j'ai employée est la plus simple : de l'eau stérilisée, ébullition des instruments, compresses à la solution de 1 p. 100 de carbonate de soude ; en même temps grand usage de la solution physiologique stérilisée de *chlorure de sodium*.

Je fais quelques modifications de détail dans la partie technique de la cœliotomie vaginale de Martin, afin de la faire suivre, au besoin, de l'extirpation de la matrice, soit par la méthode française, soit par la *fili-pressure* ou par celle déjà énoncée sous la dénomination *hémostatique* ou *d'énucléation*, encore à l'étude. Cette méthode facilite l'extirpation de la matrice et ses annexes, ou d'un de ses organes, sans produire qu'une faible hémorrhagie, et n'ayant à lier que de petits vaisseaux si l'hémostase ne se produit pas d'elle-même, même après l'extirpation de plus grosses tumeurs, car elle est indiquée par les deux voies d'intervention sur les organes féminins de la génération. Voici ce que je communiquai le 3 janvier de l'année en cours à l'Académie nationale de médecine du Mexique, faisant allusion à un travail sur les traitements des *fibro-myômes utérins ; hémostase :*

« La connaissance de la physiologie de la circulation *utéro-annexielle* que j'ai pu contrôler sur les multiples interventions desdits organes m'a permis d'arriver à leur extirpation sans l'application des pinces,

(1) 4 fois la reproduction a eu lieu.

laissant intacte toute l'étendue des *ligaments larges*, ce qui aide à la régénération du *péritoine pelvien*.

« L'artère utérine franchit la matrice au niveau du col et la parcourt dans toute sa longueur, donnant dans son chemin des branches extrêmement délicates qui s'enfoncent dans le muscle utérin, et qui n'ont pas besoin de ligature quand on les sectionne ; de la corne utérine en avant de l'artère utérine parcourt de la même façon la longueur de la trompe, donnant des branches très fines qui nourrissent cet organe, et qui également, quand on les coupe entre l'artère principale et leur pénétration dans la trompe, ne produisent pas d'hémorrhagie.

« *L'artère spermatique* se ramifie de la même façon dans l'ovaire et dans le *ligament utéro ovarique* que l'artère utérine dans la matrice et la trompe, et comme les premières on peut sectionner les petites artères qui nourrissent l'ovaire sans avoir besoin de recourir à la ligature.

« D'une façon générale on peut comparer les artères utérines et ovariques aux artères *mésentériques* dans leur distribution, en faisant leur jonction, leur anastomose au bord supérieur du ligament large, qui représente « le méso » des organes génitaux internes ; cependant cette anastomose est loin d'avoir l'importance des branches cœliaques de la mésentérique.

Me basant sur ce qui précède, je ne fais plus de *moignons ligamentaires ;* je coupe les ligaments au corps même de la matrice *fibromateuse* depuis la corne utérine, et je fais ensuite l'extirpation de l'ovaire et de la trompe correspondants des deux côtés, rasant sa surface et sans avoir besoin de placer une seule pince Si par hasard on blesse l'arcade artérielle *utéro-tubo-ovarique*, une pince prendra l'artère, et 3 ou 4 ligatures suffisent. Si je crains l'infection, je draine par le vagin avec de la gaze stérilisée, iodoformée ou non.

J'ai dit que les résultats opératoires immédiats ont été bons ; les accidents consécutifs, je les ai déjà mentionnés dans chaque groupe des interventions, et ceux qui ont rapport à la suppression des annexes dans un âge prématuré, je dois dire qu'ils se sont présentés dans un 15 p. 100 et ont toujours disparu plutôt sous l'influence d'une potion d'hydrate de chloral et *bromure de potassium* que j'administre par cuillerées, que sous l'action *de l'ovarine*.

Une seule fois est survenu le *délire post-opératoire* qui céda au bout de dix jours.

De la castration totale abdominale.

— **G. Nanu** (Bucarest). — Ce qui préoccupe le chirurgien de nos jours, c'est d'être aseptique, de choisir une technique opératoire simple et facile ; enfin d'avoir l'intuition du degré de résistance du malade qui se confie à ses soins. C'est aussi cette triple tâche que j'ai eue en vue quand j'ai opéré mes malades, et c'est la certitude de l'avoir remplie au moins en partie qui m'a déterminé à vous faire connaître ma modeste pratique sur la castration totale abdominale.

On s'efforce de plus en plus, de nos jours, à conserver les organes malades, c'est-à-dire à les guérir au lieu de les supprimer.

Mais il y aura toujours des affections qui, par leur nature ou par leur degré d'envahissement, commanderont l'extirpation de l'organe. Ce sont des affections de ce genre qui m'ont déterminé à pratiquer la castration et qui feront l'objet de ma communication.

J'ai pratiqué 45 fois la castration abdominale totale. Les affections qui ont nécessité cette opération ont été les suivantes : 20 annexites purulentes, 8 fibromes de l'utérus, 7 cancers de l'utérus, 2 néoplasmes malins des annexes, 1 déciduome, 2 prolapsus génitaux graves, 3 grossesses extra-utérines et 2 infections puerpérales. Sur le total de ces opérées j'ai à compter 6 morts ; toutes les autres ont guéri.

Les cas de mort se répartissent ainsi : 2 infections puerpérales, 2 néoplasmes malins et 2 annexites suppurées.

Voici très sommairement l'histoire de ces cas :

Une des femmes atteintes d'infection puerpérale avait 37 ans, elle était multipare et entra à la clinique d'accouchements le 11 mai : accouchement avec un fœtus putréfié et en situation transversale. On fit la version interne et on essaya les moyens antiseptiques habituels pour des phénomènes graves d'infection puerpérale qu'elle présentait ; mais ceux-ci n'ayant pas cédé, on la fit passer, le 19 mai, dans mon service, pour être opérée. Son état était grave : facies grippé, langue sèche, pouls 140 et intermittent, température 39°, ventre légèrement météorisé, utérus gros dépassant la symphyse, streptocoques dans le sang, etc. Je fis aussitôt la laparotomie. J'ai trouvé des traînées purulentes sur le péritoine et de l'œdème pelvien. J'ai lié les artères hypogastriques et j'ai fait la castration totale ; drainage vagino-péritonéal. Après l'opération, aucune modification des phénomènes septiques ; mort après

trente-deux heures. A l'autopsie, grande quantité de microbes dans le foie, les reins, myocardite et septicémie.

Le second cas d'infection puerpérale terminée par la mort est le suivant : une femme multipare entra à la clinique d'accouchements vingt-quatre heures après avoir accouché d'un fœtus mort au sixième mois ; extraction manuelle du placenta. Le 10 juin, jour de son entrée, le pouls était de 120 et la température 38°,3. On a fait d'abord des injections intra-utérines avec une solution de sublimé 1 : 4000, et ensuite un tamponnement. Le deuxième jour, température 39°, pouls 128 ; on fit le curettage de la matrice et on termina par des injections au sublimé. Pendant les trois jours suivants, la température varia entre 37°,3 et 37° 5 ; le 15 juin, elle monta à 38° et le 16 à 39°. Le 17, c'est à-dire huit jours après l'accouchement, cette femme a été transférée dans mon service où je lui fis la castration. En ouvrant le ventre j'ai trouvé que le pédicule utéro-ovarien droit était épaissi, œdématié et gros comme le pouce sur une grande étendue ; mais il n'y avait rien d'anormal sur le péritoine. Le 23 juin, c'est-à-dire le sixième jour après l'opération, elle a succombé. A l'autopsie, le Dr Babes trouva entre autres lésions, dans la veine du pédicule utéro-ovarien, un coagulum sanguin parsemé de pus ; ce caillot s'étendait jusqu'à la veine cave.

On le voit donc, dans les deux cas d'infection puerpérale, si je n'ai pas réussi à sauver les malades, c'est parce que l'opération a été tardive et faite dans l'un le neuvième, dans l'autre le huitième jour après l'accouchement.

Les cas de néoplasies qui se sont terminés par la mort ont été une tumeur maligne de l'ovaire, et un cancer du col de l'utérus. La femme avec la tumeur dans l'ovaire était âgée de 58 ans ; elle avait depuis huit mois des douleurs dans l'ovaire et dans la cuisse droite ; elle présentait depuis deux mois des phénomènes de dysurie. Quand elle s'est présentée à l'hôpital, elle était déjà dans un certain état de cachexie. Par l'examen vaginal, j'ai trouvé une tumeur immobile et mal limitée du cul-de-sac vaginal droit ; l'utérus était petit et enclavé ; les annexes gauches libres. La vessie avait les parois épaissies. En comprimant cet organe à l'hypogastre, je suis parvenu à faire sortir de l'urine sanguinolente par la sonde. La paroi postérieure de la vessie était libre ; sa capacité, de 300 grammes ; la quantité de l'urine, 900 grammes, léger dépôt formé par du pus et quelques hématies. Faisant la laparotomie, j'ai vu que la tumeur de l'ovaire était grande comme une orange et

qu'elle adhérait fortement au péritoine pelvien et à la vessie. En déchirant ces adhérences j'ai intéressé la vessie et j'ai vu alors qu'elle était atteinte aussi par le néoplasme. Je fis dans ce cas la ligature des artères hypogastriques, la castration totale, l'extirpation de la vessie, l'abouchement des uretères dans le vagin et la reconstitution du péritoine pelvien, à l'aide du mésocôlon iliaque et du péritoine prévésical. Enfin, j'ai terminé par le drainage vagino-sous-péritonéal. Le premier et le deuxième jour après l'opération, hypothermie : 35°,4, 36°,2 ; aucune réaction péritonéale. L'urine s'écoulait par le vagin. Le septième jour, il survint du délire ; il y avait une évacuation incomplète de l'urine, les huitième et neuvième, anurie et phénomènes urémiques ; le dixième jour, mort. A l'autopsie, on a trouvé une pyonéphrose à droite ; le rein gauche était volumineux et congestionné ; rien dans le péritoine. Chez cette femme, l'étendue trop grande des lésions pelviennes a été en disproportion avec les phénomènes cliniques.

Dans le cas de cancer du col de l'utérus, j'ai fait la castration totale, mais je n'ai pas pu extirper tout le mal. Cliniquement il m'a semblé avoir affaire à un simple cancer du col ; mais en ouvrant le ventre j'ai trouvé une extension inattendue et peu commune du processus néoplasique. En effet, les ganglions pelviens, iliaques, sacrés et lombaires étaient pris. Une chaîne non interrompue de ganglions cancéreux s'étendait sur le côté gauche de la colonne vertébrale et traversait même le diaphragme au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Ils étaient durs, à suc laiteux et gros comme une noisette ; quelques-uns comme une noix. Les plus gros se trouvaient à gauche, vers la bifurcation des vaisseaux iliaques et au niveau du bord interne du psoas. Les sacrés étaient tellement difficiles à extirper qu'en les arrachant on enlevait en même temps le périoste. Il est à remarquer que cette chaîne ganglionnaire, en disproportion d'ailleurs avec la lésion initiale du col de l'utérus, avait englobé les uretères, l'aorte, la veine cave, les iliaques, le canal thoracique sans qu'elle ait déterminé des troubles de compression. La vessie et le rectum n'avaient que des rapports de voisinage avec le processus néoplasique. Dans ce cas, si j'avais pu faire le diagnostic exact de l'étendue des lésions, j'aurais dû avoir recours à une simple opération palliative.

Il me reste à vous faire connaître la cause de la mort des deux femmes avec annexites suppurées. L'une d'elles avait un pyo-salpinx gauche, un fibrome de l'utérus et un kyste de l'ovaire droit. Pendant

que je m'efforçais de détruire les adhérences très fortes, que le fibrome et le pyo-salpinx avaient contractées avec l'intestin et la paroi du pelvis. j'ai déchiré le rectum. La poche purulente a aussi crevé et du pus a contaminé le pelvis. J'ai suturé la déchirure rectale; j'ai fait la toilette du pelvis et j'ai drainé le péritoine par le vagin, mais tout cela fut en vain, car la malade est morte vingt heures après l'opération avec des phénomènes de septicémie péritonéale suraiguë.

L'autre femme avait une *annexite double suppurée*. Le pyo-salpinx droit était aussi très adhérent au côlon pelvien. Pendant son énucléation, je l'ai déchiré et du pus s'est épanché dans la cavité abdomino-pelvienne. La reconstitution du péritoine pelvien fut impossible à obtenir; drainage vaginal avec un tube entouré de gaze. Après trente-six heures, mort avec des phénomènes de péritonite suraiguë.

En résumé, les 6 cas de mort se répartissent ainsi : 2 fièvres puerpérales opérées trop tard, 2 affections malignes de l'utérus et des annexes avec lésions inopérables et en disproportion avec les phénomènes cliniques, enfin 2 annexites purulentes avec déchirure des poches et infection du péritoine par le pus.

Les particularités et accidents que j'ai observés, pendant et après l'opération chez les femmes qui ont guéri, ont été les suivantes :

Chez une femme atteinte de pyo-salpinx gauche, j'ai eu à extirper aussi un kyste hydatique qui s'était développé dans le ligament large droit. Mais après l'extirpation des annexes et du kyste hydatique, l'utérus demeura déformé, allongé et entièrement dénudé de péritoine, ce qui me détermina à l'enlever.

Dans trois cas de pyo-salpinx, les poches se sont déchirées pendant l'énucléation et de même que dans les cas suivis de mort, du pus a contaminé la cavité péritonéale, mais il a été probablement stérile, car il n'y eut pas d'infection.

Une fois, ayant fait la castration pour un fibrome intra utérin sphacélé, l'examen de la pièce m'a montré que ce que j'avais cru être un fibrome était un déciduome malin.

Dans un cas de métrite fongueuse, j'ai été forcé de faire la castration à cause d'un état de friabilité extrême de la matrice. Je m'étais proposé de faire un simple raclage et j'ai commencé l'opération ; mais à un un moment donné je me suis aperçu que j'avais perforé l'utérus. J'ai fait alors séance tenante la laparotomie et j'avais voulu suturer la déchirure qui était située au fond de l'organe, mais ce fut impossible à cause de l'extrême friabilité du tissu utérin. Bien plus, en cherchant à

fixer la matrice avec mes doigts pour mieux suturer, le corps se détacha du col et resta entre mes mains. Je fus obligé alors de terminer par la castration totale.

Dans un cas d'annexite tuberculeuse, les annexes adhéraient au côlon et aux anses de l'intestin grêle de telle manière que le tout formait une vraie tumeur farcie de foyers caséeux. J'ai dû faire cette fois non seulement la castration, mais encore une résection de 60 centim. d'intestin grêle et terminer par une entérorrhaphie circulaire.

Chez une femme avec grossesse extra-utérine, j'ai trouvé un kyste fœtal entièrement formé par des néo-membranes. C'était un cas d'avortement tubaire dans l'abdomen. J'ai extirpé la paroi du kyste, le placenta et j'ai extrait un fœtus de 3 mois parfaitement conservé.

Une seule fois j'ai intéressé la vessie. Cet accident m'est arrivé pendant que j'incisais le péritoine pour limiter le lambeau antérieur nécessaire à la reconstitution du plancher pelvien. J'ai fermé cette blessure par une suture à trois étages et la réunion s'est faite par première intention et sans aucune suite fâcheuse.

J'ai fait la ligature des artères hypogastriques dans 12 cas, à savoir : 9 fois au commencement de l'opération et avant l'extirpation des organes génitaux, 2 fois après avoir castré comme mesure d'hémostase consécutive et 1 fois 3 heures après l'opération pour mettre fin à une hémorrhagie post-opératoire qui par l'abondance de l'écoulement vaginal et les signes généraux d'anémie paraissait inquiétante.

Comme suites post-opératoires j'ai peu de chose à dire ; chez une femme opérée pour une annexite double suppurée un écoulement d'urine se fit voir par le vagin, mais il cessa complètement après quinze jours ; chez une autre opérée pour un kyste dermoïde de l'ovaire atteint de dégénérescence adénomateuse métatypique, j'ai observé la récidive après quatre mois. Enfin chez une opérée de métrite, annexite et pelvi-péritonite j'ai eu à enregistrer des phénomènes d'insuffisance ovarienne que j'ai traités par l'ovarine.

Le procédé opératoire, que j'ai adopté pour la castration, est le suivant :

Je me sers toujours du plain incliné à 45°, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération. Ce n'est qu'en terminant et pendant que je ferme le ventre par la suture que je ramène la malade en position horizontale, j'évite ainsi l'emprisonnement d'une trop grande quantité d'air dans l'abdomen. Je commence l'incision de la paroi abdominale très près du pubis sur la ligne médiane et je la termine habituellement à l'ombilic, me réservant de l'agrandir plus tard si les manœu-

adhérente ou non, en faisant le détachement des adhérences du corps (si elles existent) et la *vagino-fixation* ou un procédé analogue de fixation antérieure.

Le traitement des *pelvi-péritonites chroniques* adhésives, dans lesquelles non seulement la matrice, mais encore les *trompes* et les *ovaires* sont déplacés et fixés par les adhérences.

La *désencapsulation* et *fixation* dans une position convenable ne sont pas des choses difficiles, et encore moins impossibles. Comme la voie vaginale antérieure, permettant une exploration étendue et minutieuse, aussi bien par le toucher comme de *visu*, des organes internes, nous met dans les meilleures conditions pour pratiquer l'*hystérectomie*, ou *castration totale*, en cas de perte totale desdits organes et avec plus d'amplitude et bénignité, nous permet d'enlever un *ovaire micro-kystique* ou *sclérokystique*, ou la portion d'organe malade, ou à la *trompe* de former son *stome* ou diminuer par l'amputation son excessive longueur, ou par sa résection longitudinale rétrécir son calibre, dans le cas d'un *hydrosalpinx* perméable non volumineux, ou bien dans les *hydrosalpinx*, *hématosalpinx*, dans certains *pyosalpinx* unilatéraux, enlever l'organe malade en laissant la portion d'ovaire saine, ou encore extirper la trompe d'un côté, et l'ovaire du côté opposé; on peut encore combiner toutes ces opérations, ce qui est le cas le plus fréquent, conservant les parties des organes qui sont intactes, et les remettant dans la mesure du possible dans leur position normale. *Les tumeurs moyennes*, aussi grosses que le poignet et encore plus grosses, quand elles sont *kystiques* peuvent être extirpées avec facilité sans mutilation grave, laissant la matrice et les annexes en condition de pouvoir fonctionner, par cette voie vaginale antérieure que le professeur Dürhssen trouva, et qu'après le professeur Martin a vulgarisée.

Je le répète, toujours dans le cas d'absence d'une adhérence extraordinaire, ou d'un volume considérable de la matrice et des annexes, leur traitement par la voie vaginale s'impose par sa simplicité : *facilité d'exploration*, bénignité, et comme une période préliminaire de l'extirpation totale de la matrice et des annexes, dans le cas où leur conservation serait jugée impossible ou inutile.

J'ai pratiqué dans l'hôpital *Morelos* et dans le service gynécologique que je dirige, et parmi des malades de ma clientèle, 162 cœliotomies pour des affections différentes, et qui ont présenté un caractère conservateur. Toujours plus d'une opération a été nécessaire dans la même séance, surtout parmi les patientes atteintes de ce complexus patholo-

gique consécutif à l'infection puerpérale, et caractérisé par l'englobement des organes génitaux internes, les adhérences résistantes chroniques péritonéales, épiploïques et intestinales, traces de ladite infection, accompagnées en même temps de *déchirures du périnée* et de *prolapsus* plus ou moins avancé.

Les opérations plastiques *vagino-périnéales* sont un complément forcé desdites interventions, aussi bien que dans les autres cas de *prolapsus* dans lesquels il faut se servir de *l'hystérectomie.*

Dans les 162 opérées déjà citées, la guérison a été la règle.

Sur 5 la suppuration s'est produite, et il y a eu 16 cas de reproduction des accidents (des ovaires microkystiques, trompes obstruées, etc.) et la continuation des souffrances a rendu indispensable une seconde intervention, pour finir avec l'extirpatíon d'une des annexes ou l'enlèvement total de tout l'appareil génital interne, n'ayant eu aucun décès parmi ces 162 opérées.

43 hystérectomies vaginales pour des affections inflammatoires, *parenchymateuses*, *plastiques*, *hydrokystiques*, ou suppuratives des annexes.

Dans 26 cas, préalablement la cœliotomie vaginale antérieure comme moyen d'exploration, finissant ensuite par l'extirpation de la matrice et les annexes, et dans 17 commençant aussitôt par l'hystérectomie, un décès.

Partisan convaincu des interventions vaginales, il est naturel que je traite le *cancer utérin* par cette voie, ayant obtenu 1° d'excellents résultats dans le *cancer du col*, quand les culs-de-sac vaginaux ont été à l'abri de l'invasion ; 2° des résultats moins bons quand les culs-de-sac vaginaux ont été envahis, malgré la résection de la portion supérieure du vagin ; 3° des résultats moyens quand l'invasion s'est étendue à la base des ligaments larges et fixée à la matrice ; 4° de mauvais résultats dans le cancer du corps avec invasion du vagin et de la vessie, parce que la reproduction se fait sur place, et dans les deux malades décédées, sur les 34 opérées, il s'agissait de cette forme très avancée du cancer. Dans les malades de la première catégorie, j'ai des opérées sur lesquelles la reproduction ne se produit pas au bout de plus de deux années, ainsi que dans quelques cas de la deuxième catégorie ; je fais remarquer toutefois que la résection du vagin, je la fais très ample, et reproduction plus ou moins tardive dans les cas de troisième et de quatrième catégorie.

Cependant au point de vue de la survie, j'ai obtenu des gué-

logiques de chlorure de sodium sont toujours faites immédiatement après l'opération. Ces injections sont administrées aussi avant et pendant l'opération, dans les cas d'anémie et de débilité.

En ce qui concerne les moyens antiseptiques, le seul dont je me sers est la solution de sublimé 1 p. 1000, et je l'emploie uniquement pour le lavage des mains, avant et pendant toute la durée de l'opération. Pour tout le reste, je fais la plus pure asepsie, obtenue par la chaleur à sec. Rarement et surtout lors de septicité avouée des lésions, je touche les surfaces avivées avec de la gaze imbibée de la solution phéniquée forte.

Les moyens anesthésiques sont habituellement le chloroforme, préparé au laboratoire de nos hôpitaux, et exceptionnellement l'éther.

En résumé, les principaux traits du procédé que je viens d'exposer, sont:

Au point de vue de l'aisance opératoire : position du plan incliné, écarteur large sus-pubien, abandon systématique des pinces hémostatiques temporaires, section des vaisseaux, toujours après ligature préalable, voire même ligature des artères hypogastriques.

En ce qui concerne l'asepsie : Abandon complet de toutes les substances chimiques, stérilisation à sec par la chaleur, limitation du champ opératoire, reconstitution du plancher péritonéal pelvien, drainage par le vagin.

Toutes les ligatures et les sutures sont faites exclusivement au catgut. J'emploie pour la peau seulement les crins de Florence.

Relativement aux indications de la castration, j'ajouterai seulement que la voie abdominale me paraît devoir être toujours préférée à la voie vaginale, car elle permet d'aller vite, d'extirper complètement le mal et d'éviter la lésion des organes sains. En suivant cette voie on voit bien, on sait bien ce qu'on fait. Elle est, d'après moi, la vraie voie chirurgicale.

De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes, ou appendicites folliculaires, cancéreuses et tuberculeuses d'origine annexielle.

— **Henri Delagénière** (du Mans). — La coïncidence fréquente de l'appendicite et des affections utéro-annexielles est signalée à l'attention des gynécologistes depuis une dizaine d'années environ. En 1892, nous avons eu l'occasion de réséquer un appendice dans un cas de suppuration pelvienne et alors, comme du reste les autres opérateurs de cette époque, nous n'avons pas songé à voir dans ce fait autre

chose qu'une coïncidence. En 1890, Hirst avait signalé pendant une grossesse un cas d'appendicite (1). Un peu plus tard, Richelot étudiait l'appendicite chez la femme (2), mais au point de vue surtout du diagnostic de cette affection. Pour cet auteur la coexistence de l'appendicite et d'affections annexielles n'était qu'une coïncidence.

Pour Armstrong (3), Cleveland (4), etc., et, plus tard, Vineberg (5) et Bouilly (6) ce n'était toujours que des coïncidences. Mais bientôt la fréquence de ces soi-disant *coïncidences* fit admettre qu'il pouvait bien y avoir des relations de cause à effet. Wiggin (7) rapporte un fait intéressant de pyosalpingites opérées, puis l'apparition quatre jours plus tard d'une appendicite qui fut opérée également avec succès; Coe (8) alla plus loin dans cette voie et admit qu'il existait des rapports plus directs entre les affections des annexes et l'appendicite, et considéra cette dernière affection comme une complication des annexites. Nous avons repris cette théorie (9) en l'appuyant sur 5 faits nouveaux. Mais dans nos observations il ne s'agissait encore que de lésions septiques des annexes, de sorte que notre théorie d'appendicite consécutive à de la colite engendrée elle-même par la lésion péritonéo-annexielle pouvait être discutée et mise en doute.

Aujourd'hui nous apportons 26 nouveaux cas dont la diversité permettra de faire faire un nouveau pas à la question.

En effet, ces 26 cas se répartissent de la façon suivante :

Salpingites simples	14
Suppurations pelviennes	2
Kystes multiloculaires	6
Tumeur maligne des annexes généralisée	1
Cancer de l'utérus généralisé	1
Fibrome de l'utérus enclavé	1
Rétroversion	1
Total	26

(1) *Proc. Phila. Obst. Soc.*, 1890, 1, 75, 79.
(2) *Union méd.*, Paris, 1890, 3. s., L, 625-626.
(3) *Montreal M. J.*, 1893-1894, XXII, 683-685.
(4) *New York Journ. Gyn. and Obst.*, 1894, IV, 586-590.
(5) *Med. Rec.* N. Y., 1896, 740.
(6) *Ann. Gyn.* Paris, 1897, II, 321-324; 1898, III, 337, et 1900, V, 27-30
(7) *New York Med. Journ.*, 1894, LIX, 430.
(8) *New York Polyclin.*, 1894, IV, 73.
(9) *Congrès franç. de Chir.*, 1897, p. 908.

On voit donc à priori que 10 fois sur 26 l'affection utéro-annexielle n'était pas septique primitivement. Il est vrai que la plupart des kystes multiloculaires avaient présenté des complications telles que suppuration, torsion du pédicule, adhérences péritonéales, mais ces complications septiques n'existaient pas dans tous les cas de kystes multiloculaires, dans les cas de fibrome, cancer, etc. Dans ces cas, il faut donc admettre le rôle mécanique sur lequel nous avons insisté déjà. Nous y reviendrons du reste un peu plus tard.

Anatomie pathologique. — L'examen histologique de tous les appendices que nous avons enlevés a été pratiqué et toujours la folliculite a été constatée.

Dans nos premiers cas, nous avions également trouvé des appendicites folliculaires. Il s'agit donc dans ces appendicites qu'on rencontre en même temps que des annexites d'appendicites identiques aux appendicites ordinaires.

Au point de vue microscopique nous avons rencontré plusieurs variétés d'appendicites, ainsi que le démontre le tableau suivant :

Appendicites aiguës	4
Appendicites oblitérantes avec vase clos	5
Appendicites calculeuses	5
Appendicites chroniques	10
Appendicites cancéreuses	2
	26

Dans la très grande majorité des cas il s'agissait donc d'appendicites à évolution lente, à forme chronique. Nous n'y insisterons pas, ces appendicites étant aujourd'hui parfaitement connues.

Parmi les appendicites aiguës, nous avons rencontré une forme suppurée type avec perforation gangréneuse de l'appendice. Or, dans ce cas il ne s'agissait que d'un fibrome de l'utérus enclavé dans aucune lésion inflammatoire ni septique des annexes ou du petit bassin. Dans un autre cas, l'opération fut pratiquée pendant la période apoplectique de la poussée aiguë, l'appendice était rouge, tuméfié et gorgé de sang brunâtre et fétide. Les deux autres cas ne présentaient rien de particulier.

Nous insisterons sur nos deux faits d'appendicite cancéreuse, d'autant que les remarques que nous allons faire à leur sujet s'appliquent également aux appendicites tuberculeuses.

Dans notre premier travail nous avions, à propos d'un cas d'appen-

dicite chez une malade atteinte d'annexites tuberculeuses, attiré l'attention sur ce fait que la lésion de l'appendice était comme d'ordinaire une folliculite simple, sans lésion tuberculeuse.

Dans nos deux cas d'appendicites cancéreuses le microscope révéla un fait analogue. Les noyaux cancéreux qui avaient envahi l'appendice par propagation péritonéale avaient infiltré les parois de l'organe jusqu'à la couche des follicules, mais ceux-ci n'étaient pas envahis par le cancer. Ils présentaient au contraire les lésions habituelles des folliculites, les uns tuméfiés, les autres en partie ramollis et vidés de leur contenu.

En dehors de ces follicules malades existait la barrière cancéreuse.

Il en résulterait qu'au sens propre du mot, il n'y aurait pas plus d'appendicite cancéreuse que d'appendicite tuberculeuse; le cancer et la tuberculose prépareraient seulement en infiltrant les parois de l'appendice, en altérant sa vitalité, l'appendicite folliculaire classique.

Étiologie et pathogénie. — Puisqu'il s'agit d'appendicites ordinaires, c'est-à-dire d'appendicites folliculaires infectieuses, nous n'avons pas à refaire ici l'étiologie de l'appendicite en général chez les femmes atteintes d'affection des annexes et de l'utérus.

Nous voulons seulement insister sur le rôle pathogénique exercé sur l'appendicite dans ces cas par les affections annexielles et utérines.

Dans un travail antérieur (1) nous avions admis que l'appendicite était préparée par les affections annexielles, mais qu'elle avait cependant dans tous les cas une origine purement intestinale et nous avions réfuté la propagation par ces lymphatiques. Notre opinion reste la même pour la grande majorité des cas, mais elle est trop exclusive, nous allons le voir pour certains faits.

Nous avons opéré une femme (obs. 3288) pour des suppurations pelviennes prédominantes à droite. Les poches remontaient jusque dans la fosse iliaque, la maladie procédait par processus aigus avec symptômes de péritonite, toujours à droite. A l'ouverture du ventre nous trouvons de la péritonite enkystée avec du pus fétide ; ce foyer évacué, nous y trouvons l'appendice gangrené, enfin au-dessous de ce foyer la trompe droite atteinte d'inflammation aiguë, distendue par du pus. L'inflammation pelvienne s'était propagée à la trompe gauche, moins malade cependant que la droite. Dans ce fait les antécédents appendi-

(1) *Loco citato*, p. 920.

culaires avaient précédé les symptômes des annexites, et les lésions semblaient avoir débuté par l'appendice, puis, par le premier foyer appendiculaire formé, s'être propagées à la trompe droite et enfin à la gauche. Il serait, dans ce cas, plus logique d'admettre, comme l'a fait remarquer Pozzi, l'origine intestinale des annexites et la propagation de l'infection par les néo-membranes unissantes.

Cette propagation par des adhérences et des néo-membranes est expliquée par Pozzi par la formation d'un réseau lymphatique de nouvelle formation par lequel peuvent facilement cheminer les microbes contenus dans l'intestin.

Sans nier la propagation directe de l'appendicite aux annexes droites, nous la croyons très rare, et dans ce mécanisme d'adhérences infectieuses il faut admettre une disposition anatomique spéciale de l'appendice.

Il faut le contact normal des deux organes, contact assurément possible, mais qui ne constitue en somme qu'une exception.

Nous en revenons donc à notre première manière de voir comme constituant la règle générale :

Les affections de l'utérus et des annexes préparent l'appendicite par les poussées péritonéales qu'elles occasionnent, par les adhérences intestinales qui s'ensuivent et qui prédisposent à la stase des matières dans l'intestin, d'où constipation d'abord, colite et typhlite ensuite et enfin appendicite. Dans les affections non inflammatoires de l'utérus (fibrome enclavé et rétroversion) les accidents intestinaux sont consécutifs à la compression du rectum. Dans les cas de kystes de l'ovaire, les adhérences, les poussées de péritonite consécutives à la torsion du pédicule, la suppuration du kyste peuvent expliquer la formation de l'appendicite par retentissement péritonéal.

Si le kyste est indemne d'adhérence l'explication est plus difficile. Ne peut-on pas admettre des complications intestinales par simple compression de l'intestin, par l'augmentation de tension intra-abdominale ? Tous les gynécologistes ont ovariotomisé des malades qui après leur opération ont évacué des quantités énormes de matières accumulées depuis longtemps.

Or nous savons que cette stase des matières est le premier stade de l'appendicite dans beaucoup de cas.

Reste à expliquer la genèse de l'appendicite dans les cas de cancer ou de tuberculose du péritoine ou d'organes voisins (intestin et appendice lui-même).

Ici nous avons vu que le noyau cancéreux ou tuberculeux, qu'il soit primitif ou propagé, se développe le plus habituellement dans l'épaisseur des parois de l'appendice en dehors de la couche des follicules. Ceci n'a rien pour nous surprendre, surtout pour la tuberculose en raison du rôle phagocytaire des follicules. Mais ces noyaux en se développant dans la paroi du follicule occasionnent des désordres circulatoires locaux dont le maximum s'observe au niveau ou autour du point infiltré. C'est donc dans ces points que la folliculite a le plus de chance de se développer, puisque le microbe pathogène envahira le follicule qui présentera le minimum de résistance. Dès lors, malgré l'infiltration cancéreuse ou tuberculeuse des parois, l'appendicite qui évolue n'est autre qu'une appendicite folliculaire banale.

Assurément nous ne pouvons prétendre que les choses se passent toujours ainsi, il est possible que les follicules participent dans certains cas à l'infiltration des parois par le cancer ou la tuberculose ; il est possible que, par exception, des bacilles tuberculeux venus des ingesta pénètrent dans la cavité de l'appendice et inoculent directement le follicule en déterminant une folliculite tuberculeuse d'emblée ; mais nous n'en avons pas rencontré d'exemple non seulement dans les observations rapportées ci-après, mais dans nos nombreuses opérations pour appendicites ordinaires.

Or cette notion a son importance au point de vue clinique, puisqu'aussi bien dans l'appendicite cancéreuse que dans la tuberculeuse on rencontrera l'évolution et les manifestations habituelles de l'appendicite folliculaire.

Symptomatologie. — L'appendicite ordinaire se caractérise par des crises plus ou moins violentes qui surviennent presque toujours brusquement. En interrogeant avec soin la malade on découvre toujours quelques antécédents gastro-intestinaux ; mais la crise elle-même présente des signes importants pour faire le diagnostic ; la douleur vive à droite, le point de Mac-Burney, et les symptômes de réaction péritonéale.

Si l'appendicite est consécutive aux affections annexielles, on trouve, dans les antécédents de la malade, le début et la marche des affections utérines ou annexielles en cause. Les accidents gastro-intestinaux sont toujours ou presque toujours secondaires, et lorsqu'ils éclatent ils constituent toujours une sorte de phase aiguë nouvelle de la maladie pour laquelle la malade était soignée. Comme dans les annexites presque toujours la crise d'appendicite coïncide avec la période menstruelle.

Il y a cependant quelque différence importante à noter : tandis que dans l'annexite la crise douloureuse commence à la fin des règles, le plus habituellement, dans l'appendicite, la crise éclate au début des règles, pour ainsi dire avant l'apparition du sang menstruel.

La douleur est plus vive dans l'appendicite si cette dernière doit suppurer ; mais dans la poussée ordinaire l'intensité de la douleur ne peut fournir aucun signe. Le point de Mac Burney existe le plus souvent dans l'appendicite ; il se confond souvent avec la zone douloureuse de l'annexite droite ; il vient en quelque sorte ajouter son appoint à droite de sorte que la prédominance des accidents à droite constitue pour nous le meilleur symptôme de l'appendicite annexielle, surtout quand en déprimant la paroi au siège de Mac Burney on découvre la douleur.

Si l'appendicite suppure, l'apparition des symptômes péritonéaux et leur évolution permettront de faire le diagnostic, surtout si la péritonite se localise à droite et si l'on assiste à la formation de la tumeur ou du plastron appendiculaire.

En somme, les antécédents annexiels, puis, tout d'un coup la prédominance des accidents à droite, les symptômes de péritonite aiguë, subaiguë ou chronique constituent les seuls éléments du diagnostic dans les lésions infectieuses des annexes et du petit bassin. S'il s'agit d'affections non inflammatoires le diagnostic se fera plus facilement, les symptômes propres de l'appendicite conservant leurs caractères particuliers, et leur valeur diagnostique par conséquent plus grande.

L'appendicite dans les affections des annexes et de l'utérus constitue une complication des plus redoutables. Nous avons vu qu'il s'agissait d'une appendicite folliculaire qui évoluait comme l'appendicite vulgaire en faisant courir à la malade les mêmes risques : péritonite septique, péritonite purulente, péritonite péri-appendiculaire, ou le passage à l'état chronique avec tous ses risques de récidive. Comme toute appendicite, cette appendicite doit donc être opérée de suite, dès que le diagnostic est fait. La présence des annexites ou d'autres affections de l'utérus ne doit pas modifier la formule même en cas de cancers généralisés au bassin. L'appendicite commande l'intervention toujours, dans toutes les circonstances, absolument comme un étranglement interne. Les maladies des annexes et de l'utérus concomitantes ne font que préciser l'indication en ajoutant une raison nouvelle d'intervenir, puisque ces affections sont elles-mêmes le plus souvent justiciables d'une intervention.

Traitement. — Il résulte de ce qui précède que le seul traitement est le traitement chirurgical. L'opération devra être faite dès que le diagnostic sera posé ou même supposé. Dans le doute, en présence de lésions annexielles, on ne saurait hésiter à intervenir.

L'opération consistera dans une laparotomie sous-ombilicale médiane. Cette incision donne accès dans le bassin et la fosse iliaque. Elle permet d'enlever l'utérus, les annexes et l'appendice. Même dans des cas d'appendicite suppurée (obs. 3499), quand il y a des lésions annexielles et utérines, nous la préférons à la voie latérale. On peut limiter le foyer appendiculaire, faire l'opération nécessitée par l'état des annexes, et enfin drainer le foyer appendiculaire par une contre-ouverture latérale.

Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie.

— **Mauclaire** (Paris). — Si l'on suit l'évolution de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement des salpingo-ovarites, il est facile de constater qu'aux fréquentes opérations radicales du début succèdent maintenant de nombreuses opérations conservatrices. On pourrait même considérer les idées conservatrices actuelles comme exagérées. Mais en médecine, comme ailleurs, l'évolution du progrès procède un peu par flux et reflux !

Quoi qu'il en soit, pour le traitement des salpingo-ovarites il semble que la plupart des chirurgiens préfèrent actuellement la voie abdominale parce qu'elle permet plus facilement de ne faire que des ablations unilatérales des annexes. Elle évite souvent l'ablation de l'utérus. Elle a permis de faire des salpingostomies (Martin, Pozzi, Polk (1), etc. et des salpingo-ovaro-syndèses (2). Dans plusieurs cas, j'ai fait la salpingo-ovaropexie pour des trompes prolabées paraissant saines, et cela dans le but de favoriser la grossesse ultérieure des malades chez lesquelles une trompe avait déjà été altérée. Mais je ne sais pas jusqu'à

---

(1) Voir : AYROLLES. *De la salpingo-ovaro-syndèse*. Thèse Paris 1899. JARSAILLON : Salpingostomie et autres opérations conservatrices de la trompe. Thèse Lyon, 1899.

(2) *Voir* : a) S. POZZI. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire *Médecine moderne*, 1891, et *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, 1897.

b) BLAGNY. *De la salpingostomie avec ovariectomie partielle*. Thèse Paris, 1899.

c) MONTAUX. *Résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes*. Thèse Paris, 1899.

quel point nous aurions le droit de faire cette opération sans le consentement préalable de la malade.

Par la voie abdominale également on peut pratiquer l'ignipuncture ovarienne ou les résections partielles d'ovaire très recommandées par Schrœder et Martin à l'étranger, et en France par M. Pozzi dès 1891. Le plus souvent les résultats de ce procédé de conservation sont bons et sur trois de nos malades cette ignipuncture jointe à la libération des adhérences a suffi pour faire disparaître les douleurs pelviennes. Mais parfois il a fallu par une deuxième opération enlever le fragment d'ovaire laissé, cas de Schatz (*Archiv. f. Gynäkol.*, tome 9, p. 485) et autres.

Ce qui justifie ces opérations partielles c'est que des troubles généraux ont été observés après l'ovariectomie double. La fréquence de ces troubles a été exagérée assurément. Ils existent sans aucun doute. Mais dans quelle proportion ? Personnellement je ne les ai observés que deux fois après, approximativement une soixantaine d'ovariectomies bilatérales, mais je n'ai pas revu toutes mes opérées, loin de là. Quoi qu'il en soit, dans deux cas seulement ces troubles étaient sérieux.

Chez la première de ces deux malades à laquelle j'avais fait par la voie vaginale la castration utéro-ovarienne en 1892, il existait des troubles congestifs assez réguliers dans leur apparition. C'étaient des bouffées de chaleur, de la pesanteur périnéale et un léger ballonnement du ventre. Ces mêmes troubles un peu moins accentués existent encore actuellement chez cette malade âgée de 38 ans maintenant.

La deuxième opérée a subi en mai 1898 la castration double par la voie abdominale. Quatre mois après cette opération cette malade disait éprouver des douleurs très vives dans le pelvis ; elle était devenue très agitée, son caractère était sombre, mélancolique. Croyant à l'existence de reliquats annexiels, je l'ai opérée de nouveau, mais je n'ai rien trouvé qui puisse justifier de pareils troubles, physiques et psychiques. Actuellement ces mêmes troubles persistent, mais un peu atténués. Je n'ai pas pu savoir si cette malade avait déjà eu avant son opération des troubles psychiques. Quoi qu'il en soit, ceux dont je viens de parler ne sont peut-être pas dus à l'ovariectomie uniquement. Ce seraient des troubles psychiques post-opératoires rentrant dans le cadre de ceux décrits par notre maître Picqué, à la Société de chirurgie (1).

(1) L. PICQUÉ. Délires psychiques post-opératoires. *Société de chirurgie*, fév. 1898 et discussion.

Pour Chroback (1), Jayle (2), D. Alessandro (3), Levy (4) très fréquents seraient des troubles généraux après la ménopause opératoire.

En somme, autant que possible, il faut conserver l'ovaire, en totalité ou en partie. Assurément, quand l'ovaire n'est pas infecté, quand on est assuré de sa vitalité en le laissant en place, il vaut mieux ne pas y toucher. Mais il n'en est pas toujours ainsi à cause de la contiguïté de l'ovaire et de la trompe. Or, au lieu d'enlever l'ovaire et de le sacrifier, au lieu de le jeter, ne vaut-il pas mieux essayer de le greffer sous la peau? C'est ce que nous pensons. Mais l'ovaire est-il facile à greffer? Voyons ce que nous savons à ce point de vue et chez les animaux et chez la femme.

I. **Autogreffes et hétérogreffes ovariennes chez les animaux.** — Ces recherches physiologiques ne datent pas de longtemps.

En 1895, Knauer (5) choisit trois lapines. Chez la première un ovaire fut transplanté dans le feuillet péritonéal de la corne droite de l'utérus ; l'autre ovaire fut transplanté entre l'aponévrose et les muscles de l'abdomen. Chez la deuxième lapine, les ovaires furent transplantés dans la paroi abdominale. Chez la troisième, ils furent fixés dans le repli péritonéal de la corne utérine correspondante. Au bout de quelque temps, les animaux furent sacrifiés et l'on put constater que l'ovaire transplanté subit d'abord un certain degré d'atrophie passagère pour reprendre un peu plus tard ses caractères habituels. — L'ovaire transplanté fonctionne normalement. Les follicules, un peu moins nombreux qu'à l'état normal, contiennent des ovules qui évoluent normalement et peuvent aller jusqu'à *la maturité*. Ainsi Knauer a vu, dans un cas, plus de seize mois après la transplantation des

---

(1) CHROBACK. *Centrabl. f. Gynæk.*, 1896, n° 20, p. 521.

(2) JAYLE. Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle post-opératoire et la ménopause naturelle. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, avril 1898. L'insuffisance ovarienne, in *Presse médicale* des 17 mars 1900. Thèses de Paris sur l'opothérapie ovarienne. LEBRETON, 1899, GILBERT, 1899.

(3) D. ALESSANDRO. *Archivio di ginecologia di Napoli*, 1898, n° 1. Opothérapie en gynécologie.

(4) LEVY. *Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire.* Thèse Paris, 25 avril 1900.

(5) KNAUER. Zur Ovarientransplantation. *Centralb. für Gynæk.*, 1896, page 528, et 1898, n° 8, page 201. Voir Revue de LABUSQUIÈRE, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1897, tome I, page 227, et 1898, tome II, page 127.

ovaires, la grossesse survenir et l'accouchement se faire à terme.

Dans de nouvelles expériences chez des lapines Knauer a greffé les ovaires dans le ligament large soit chez le même animal, soit chez un autre. Si la transplantation a lieu chez le même animal, après plusieurs mois on constate que les ovaires sont petits; mais ils fonctionnent et dans ces conditions la fécondation est possible. S'il s'agit de transplantation chez un autre animal, dans deux cas il y eu un résultat partiel: une petite partie de l'ovaire fonctionne ; la plus grande partie se nécrose mais souvent la nécrose de la résorption est complète.

Knauer (1) a récemment résumé ses expériences. Douze fois la transplantation fut pratiquée sur le même animal, auquel on a extirpé les ovaires Ces ovaires se greffent aussi facilement sur le péritoine que dans les muscles. Les ovaires ainsi greffés peuvent continuer à former pendant longtemps des ovules. Ceux-ci peuvent être fécondés et la grossesse survenir. L'ovaire greffé dégénère quant à sa substance médullaire, mais peu à peu il se régénère.

Treize fois Knauer a fait des hétéro-greffes, et, il n'a obtenu que deux résultats positifs.

Grégorieff (2) a fait des greffes ovariques chez une douzaine de lapines dans les différentes parties des ligaments larges ou dans le mésentère: tantôt l'ovaire était enveloppé complètement dans le péritoine; tantôt il était simplement bordé par celui-ci. Quatre de ces lapines devinrent grosses ultérieurement L'examen histologique démontra que les follicules ovariens s'étaient développés comme à l'état normal, quand l'ovaire avait été fixé aux ligaments larges. L'ovaire ainsi greffé subissait au début une légère atrophie ; mais bientôt son volume redevenait normal et les ovules trouvaient leur chemin vers la trompe et vers l'utérus comme à l'état normal.

Quant aux ovaires fixés au mésentère, ils s'atrophient et se résorbent.

Jayle (3) a transplanté des ovaires de lapine à lapine, de cobaye à

---

(1) KNAUER. *Archiv f. Gynækologie*, 1900.

(2) W. GRÉGORIEFF. Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. *Centralblatt für Gynæk.*, 1897, n° 11, page 663, et Revue de LABUSQUIÈRE. *Annales de Gynécologie*, 1898, tome II, page 26.

(3) JAYLE. Greffes ovariennes pratiquées : 1° chez le même animal d'un point à un autre du péritoine ; 2° entre animaux de même espèce ; 3° entre animaux d'espèce différente. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, page 641.

cobaye ; puis dans une deuxième intervention il a greffé l'ovaire de la lapine au cobaye, et du cobaye à la lapine. Finalement les femelles avaient des ovaires qui ne leur appartenaient pas et qui provenaient soit de femelles de même espèce, soit de femelles d'espèces différentes. L'auteur se proposait de pratiquer une série d'expériences comme celle-ci : enlever des ovaires à une lapine, lui greffer des ovaires de cobaye, prendre du sperme de cobaye et l'injecter à la lapine.

Toutes ces expériences avaient pour but de contrôler la loi sur l'immobilité des espèces et de chercher par un moyen nouveau à produire des métis.

En juin 1898, j'ai essayé de greffer des ovaires de lapines dans des testicules de lapins ; j'avais surtout en vue la possibilité de déterminer ainsi des tumeurs du testicule. Mais la section du testicule avait été faite le long de son bord supérieur, en coupant tous les vaisseaux de testicule. Cela explique peut-être pourquoi le seul résultat que j'aie obtenu ce fut l'atrophie complète des testicules et des greffes ovariennes. Chez un chien, j'ai voulu greffer un ovaire de chienne dans le testicule. Le chien fut sacrifié trois mois après ; la masse génitale était informe, assez volumineuse ; il ne s'agissait probablement que d'un hématome en voie de résorption.

Marchere (1) a fait ses expériences avec un soin extrême. Les voici résumées.

1re Expérience. — Chez une lapine on chercha à placer l'ovaire dans un repli péritonéal au voisinage de l'utérus, mais ce fut impossible. Il est alors introduit entre le péritoine pariétal et le muscle psoas, et le péritoine est suturé par-dessus. L'ovaire de l'autre côté est transplanté entre le fascia superficialis et le muscle grand droit de l'abdomen. Mort quatre jours après. Examen microscopique : L'ovaire est très adhérent aux tissus voisins par du tissu cellulaire et non par des vaisseaux ; le tissu ovarien ne paraît pas altéré.

2e Expérience. — Chez une lapine, l'ovaire droit est transplanté entre le fascia superficialis et le muscle grand droit de l'abdomen. Mort la nuit même. Même examen histologique que dans l'expérience précédente.

3e Expérience. — Chez une jeune chienne l'ovaire gauche est enlevé et greffé dans le ligament large près de la corne utérine. L'ovaire droit est enlevé afin d'être examiné pour contrôle. L'animal est sacrifié cinq mois après ; l'ovaire transplanté paraît normal à l'œil nu. A l'examen histologique on ne trouve plus de follicules, ni d'ovules.

4e Expérience. — Chez une chienne Xpare, l'ovaire gauche est transplanté vers le milieu.

---

(1) Marchere. *Archivio italiano di ginecologia di Napoli*, août 1898, page 148. Transplantations d'ovaires (avec figures multiples).

de la trompe gauche dans un pli formé par le péritoine pariétal et le ligament large. Ce pli est ensuite fermé par des points de suture. L'ovaire droit est greffé dans la cavité de la trompe droite et l'on ferma celle-ci. L'animal est sacrifié un mois après. L'ovaire gauche est en place et épaissi ; à l'examen histologique, il est désagrégé, en voie de nécrose ; pas de follicules de Graaf ni d'ovule. L'ovaire droit est resté en place, adhérent par un petit pédicule; près de ce pédicule le tissu ovarien est sain, il contient de nombreux follicules de Graaf et des ovules en voie de développement.

5e Expérience. — Chez deux chiennes, on fait un échange d'ovaires. L'ovaire gauche d'une chienne Xpare est greffé près du ligament large d'une jeune chienne ; on fait de même pour les ovaires droits. Une des chiennes s'échappe et ne peut être retrouvée. L'autre chienne est tuée au bout de trois mois. Les ovaires transplantés sont réduits en tissu conjonctif. Il n'y a plus de follicules de Graaf, ni ovule

6e Expérience. — Chez une chienne Xpare l'ovaire droit est fixé au ligament large gauche par un point de suture. L'ovaire gauche est transplanté entre le fascia superficialis et le muscle grand droit de l'abdomen. L'animal est sacrifié trois mois après. Les ovaires ont conservé leur volume normal, mais à l'examen histologique, on ne trouve plus ni ovules, ni follicules.

7e Expérience. — Chez deux chiennes on fait l'échange des ovaires comme dans l'expérience V. Une des chiennes meurt cinq jours après. On ne peut trouver l'un des ovaires. L'autre ovaire est presque normal à l'examen histologique. L'autre chienne est sacrifiée au bout de trois mois. L'ovaire droit est nécrosé. L'ovaire gauche a conservé son volume normal, mais il ne contient plus de follicules.

8e Expérience. — Chez une chienne, l'ovaire droit est transplanté dans la cavité de Retzius et fixé par des points de suture. Le gauche est fixé avec son pédicule laissé en place, c'est-à-dire attiré dans un repli du ligament large. L'animal est sacrifié trois mois après. Les ovaires sont restés en place. L'ovaire gauche est normal à l'examen histologique. L'ovaire droit est dégénéré dans les points traversés par les fils.

De ces expériences, Marchere conclut ainsi : chez les animaux, la transplantation des ovaires est possible. Il vaut mieux abandonner l'ovaire dans une cavité au milieu du tissu cellulaire plutôt que dans du tissu musculaire. Il vaut mieux transplanter tout l'ovaire sans le traverser avec des fils, et lui laisser comme un petit pédicule vasculaire. Dans ces conditions, l'ovaire peut être greffé partout et fonctionner. *Dans ces transplantations intra-péritonéales, les adhérences post-opératoires gênent beaucoup l'évolution de l'organe greffé.*

Les expériences de Marchere montrent que l'ovaire peut être transplanté aussi dans l'ovaire greffé de follicules et les ovules sont assez rares.

Il est vrai que si la sécrétion externe (sécrétion des ovules) est supprimée, peut-être que la sécrétion interne (la sécrétion de l'ovarine) est conservée.

Dans des recherches semblables sur les greffes ovariennes péritonéales, Rubinstein (1) aurait observé une grossesse consécutive.

Herlitza (2) a fait une quarantaine de greffes ovariennes chez des cochons d'Inde, soit mâles, soit femelles.

S'il s'agit d'autogreffes, les ovaires greffés survivent.

S'il s'agit d'hétérogreffes, ils s'atrophient et dégénèrent le plus souvent, mais dans un cas l'auteur a trouvé des follicules conservés.

Fisch (3) a fait des hétérogreffes d'ovaires avec succès dans un certain nombre de cas, mais il ne précise pas l'état des examens histologiques.

Cone (4) a tenté la greffe sur des animaux d'une autre espèce et avec succès, dit-il, au point de vue de la fonction.

Preobraschensky (5) a greffé des ovaires de lapines sur des lapins, mais sans succès.

Schultz (6) a transplanté un ovaire de cochon d'Inde chez un mâle de la même espèce, les ovaires dégénèrent en partie seulement, il peut même se régénérer en partie. Il a confirmé les expériences de Ribert. Mais sur le mâle l'ovaire greffé reste plus petit que l'ovaire greffé chez une femelle. Mais Schultz ne peut pas dire si les ovaires greffés chez les mâles produisent des ovules.

Halban (7), qui a fait des expériences semblables, dit que si chez des animaux nouveau-nés les ovaires sont enlevés, l'appareil génital s'atrophie. Si les ovaires sont simplement transportés à distance, cette atrophie ne s'observe pas.

N. Ribert (8) a voulu contrôler les expériences de Knauer et de Gregorieff. Après avoir détaché les ovaires, il les a fixés par des sutures en un autre point de la surface péritonéale. Il a constamment réussi

---

(1) Rubinstein. *Saint-Pétersbourg Med. Wochs.*, 1899, n° 31.

(2) Herlitza. Greffes d'ovaires. *Archivio italiano di gynecoloyia*, année 1900.

(3) Fichs. *Annals of gyn. and pediatry*, mars 1899.

(4) Cone. *The American J. obstetric. and diseases of woman and children*, août 1899.

(5) Preobraschensky. *J. f. Geburt. und Frauenks.*, sept. 1899.

(6) Schulz. Transplantation des ovaires, in *Centralblatt f. allg. Path.*, 7 avril 1900.

(7) Halban. *Wiener med. Woch.*, 1899, n° 49.

(8) Ribert. *La greffe des ovaires, des testicules, des mamelles.* In *Archiv f. Entwickelung*, cité d'après le *Journal d'accouchements*, 1900, n° 4.

à les faire reprendre. L'examen histologique a montré que les parties périphériques qui contiennent des follicules se sont parfaitement conservées, tandis que les parties centrales ont disparu et ont été remplacées par un tissu conjonctif nouveau provenant du péritoine. Au bout de quatre mois et demi, il s'était développé de nouvelles vésicules de de Graaf nombreuses et volumineuses, d'aspect absolument normal.

Des expériences qui précèdent nous pouvons donc conclure en disant que dans des conditions déterminées la greffe des ovaires est possible chez des animaux. L'organe continue à fonctionner plus ou moins faiblement.

Ces greffes d'ovaire n'ont rien d'étonnant, puisqu'un organe congénère, le testicule, a pu être greffé avec succès par J. Hunter. R. Wagner, Berthold, Loder (1), et les testicules transplantés contenaient des spermatozoïdes. Ce résultat cependant n'a pas été obtenu par Ribbert.

II. **Autogreffes et hétérogreffes ovariennes chez la femme.** — Morris (2) exécuta le premier sur une femme la transplantation des ovaires. Ce fut une hétérogreffe. *Il greffa sur la paroi utérine d'une femme de 20 ans, qui n'avait jamais eu ses règles, un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. Les règles apparurent deux mois après l'opération et durèrent huit jours.* Cette femme avait un utérus infantile et des annexes rudimentaires. Elle présentait tous les malaises, comme après la suppression des règles à la suite d'une ovariectomie.

Chez une ancienne malade âgée de 16 ans, atteinte de salpingite sans oblitération de la trompe, Morris extirpe les ovaires et une partie de trompe et il *transplante un fragment d'ovaire dans le pavillon conservé de l'une des trompes.* Un mois après, la malade devient enceinte, mais elle avorte ensuite d'un fœtus de trois mois bien développé. L'avortement avait été probablement provoqué par des adhérences.

Glass (3) a rapporté un cas de transplantation ou d'hétérogreffe ovarienne chez une femme qui avait subi deux ans auparavant une double oophorectomie. Cette opérée souffrait de troubles multiples : perte de l'instinct sexuel, dépression mentale, insomnie, vertiges,

(1) Cités par KNAUER. Transplantation d'ovaires. *Centralblatt für Gynäk.*, 1896, p. 528.

(2) MORRIS. *New-York Med. J.*, 1895 p. 436.

(3) GLASS. *New-York. Med. J.*, 6 mai 1899.

bouffées de chaleur, palpitations, douleurs pelviennes, etc. Glass emprunta l'ovaire à une jeune femme de 17 ans, qui après un accouchement avait eu des lésions cicatricielles du vagin rendant tout accouchement ultérieur très difficile ; l'opération césarienne eût été nécessaire. L'ovaire enlevé fut déposé dans une gaze aseptique chaude et humectée de solution saline.

Chez la première malade *on fit une incision vaginale et péritonéale ; l'ovaire fut transplanté et suturé au catgut dans le voisinage du siège normal de l'ovaire.* Le vagin fut simplement tamponné. On fit ensuite une ventrofixation.

Les suites opératoires furent simples. Après six jours on nota un éréthisme sexuel et des rêves érotiques, qui durèrent plusieurs jours. Quinze jours après, menstruation pendant deux jours ; les règles ne revinrent ensuite qu'au bout de six mois et furent alors régulières. Huit mois après l'opération, tous les troubles primitivement observés étaient disparus et la santé générale était excellente.

Palmer Dudley (1) a fait une greffe ovarienne chez une femme de 21 ans atteinte de pyosalpingite double. Laparotomie le 24 mai 1899.

Les deux pyosalpinx sont enlevés, mais pour le moment on laisse l'ovaire droit en place. L'utérus est amené dans la plaie, son fond est incisé jusque dans la cavité utérine. Une petite portion de l'utérus est incisée pour faire place à l'ovaire droit. Celui-ci est enlevé, lavé dans de l'eau salée puis greffé dans l'utérus par un double rang de sutures superficielles et profondes. L'utérus est remis en place, le cul-de-sac postérieur est ouvert et drainé, par prudence. La guérison fut normale. Les règles étaient apparues huit jours avant l'opération, elles reparurent trois semaines plus tard. Deuxième menstruation le 9 juillet. L'ovaire greffé ne fut pas éliminé, dit l'auteur (2).

En somme, l'ovaire peut être tranplanté en des régions diverses de l'économie on peut faire soit des autogreffes ou des hétérogreffes. L'ovaire greffé dans la cavité péritonéale peut produire des œufs fécondables et continue sa sécrétion externe.

L'ovaire greffé ailleurs que dans le péritoine continue-t-il sa sécrétion interne ? La réponse à cette question est encore difficile. Mais puisque la sécrétion des ovules continue, on peut penser que la sécrétion interne

---

(1) PALMER DUDLEY. *Congrès de gynécologie d'Amsterdam*, in *Annales de gynécologie*, 1899, t. II, p. 270.

(2) DUDLEY. *Medical Record*, 19 mai 1900, p. 849.

persiste et il semble logique de faire la greffe sous-cutanée pour remédier à l'insuffisance ovarienne post-opératoire.

Quand l'ovaire ne peut pas être laissé à sa place normale, l'idéal serait de le transporter pas bien loin de l'utérus, la vitalité de ces deux organes étant assez connexe. Ainsi Bordé (1) a examiné des ovaires chez des sujets hystérectomisés. Vers le dixième mois, on constate que l'épithélium germinatif est aplati ; les follicules de Graaf sont plus petits, quelques-uns kystiques, le tissu conjonctif interstitiel est hypertrophié, et l'ovaire un peu atrophié. Au bout de deux ans cette atrophie est presque complète et cette atrophie n'est pas due à des troubles vasculaires. On voit que, inversement, l'ovaire s'atrophie après l'ablation de l'utérus. Margameri (2) a publié quelques examens histologiques d'ovaires ainsi atrophiés.

Mais la greffe intra-péritonéale, si facile chez les animaux et aussi si heureuse dans ses résultats comme nous l'avons vu, cette greffe, disons-nous, serait dangereuse chez la femme. Car, comme nous allons le dire plus loin, il n'est pas facile de dire si l'ovaire est aseptique ou septique. Dès lors il vaut mieux le greffer simplement sous la peau soit au niveau de la plaie médiane, soit à distance, dans le pli de l'aine.

D'autre part, Marchere dit que les adhérences post-opératoires gênent beaucoup l'évolution et la nutrition des greffes ovariennes intra-péritonéales.

Morris et Glass ont fait des hétérogreffes, mais il n'est pas toujours possible d'avoir à sa disposition des ovaires aseptiques d'une autre femme.

L'autogreffe intra-utérine suivant la méthode de Dudley peut avoir des inconvénients.

Pour pouvoir être surveillée au point de vue de l'asepsie la greffe doit donc être sous-cutanée. Elle peut être sus-pubienne, le péritoine n'ayant pas toujours été sectionné jusqu'en bas, en sera encore assez éloigné en cas d'accidents.

Dans plusieurs cas de salpingo-ovarites l'ovaire pouvant être aseptique, nous l'avons greffé sous la peau. Voici les résultats :

Obs. I. — Salpingo-ovariectomie double. Greffe d'un ovaire dans la plaie abdominale. Ablation de la greffe infectée le 3e jour.

---

(1) Bordé. *Clinica chirurgica*, 1898, p. 185. Effets de l'hystérectomie sur les trompes et les ovaires.

(2) Margameri. *Riforma medica*, 1895, t. II, p. 7.

Obs. II. — Ablation des deux trompes. Greffe de l'ovaire droit dans la plaie près de l'ombilic. Greffe de l'ovaire gauche ébarbé dans la partie inférieure. L'autre greffe est laissée dans la plaie abdominale. Ablation le 3e jour, de la greffe inférieure dont l'asepsie était douteuse, sans accident. Trois mois après on sent encore la greffe ombilicale. Les règles étaient reparues.

Obs. III. — Hystérectomie abdominale totale pour fibrome chez une femme de 55 ans. Greffe persistante d'un ovaire. Sans accidents. Un mois après on sentait la greffe. Non revue depuis.

Obs. IV. — Salpingo-ovariectomie double. Greffe d'un ovaire dans le pli inguinal. Ablation le 3e jour.

Obs. V. — Salpingo-ovariectomie unilatérale. Greffe persistante de l'ovaire sous la peau sans accidents. Trois mois après on sentait encore la greffe.

Obs. VI. — Salpingo-ovariectomie unilatérale chez une malade ayant déjà subi la même opération du côté opposé. Greffe de l'ovaire sous la peau. Suppuration. Ablation de la greffe.

En somme sur sept cas d'autogreffes, quatre durent être enlevées les jours suivants parce qu'elles n'étaient pas aseptiques.

L'ovaire est donc souvent infecté, surtout quand il est entouré d'adhérences et quand il a séjourné dans le cul-de-sac de Douglas; ces adhérences sont d'ailleurs la signature de l'infection. Peut-être faudrait-il en ébarber la périphérie pour le rendre aseptique, mais ce n'est qu'une hypothèse.

Les trois autres purent être laissés en place et on les sentait un peu diminués seulement de volume encore trois mois après.

La malade la plus intéressante est celle de l'observation II. En effet, l'ovaire greffé, suspect au point de vue de l'asepsie puisqu'il dut être ébarbé, fut enlevé. L'ovaire périombilical a pu être laissé et trois mois après il était encore sensible au palper et très peu diminué de volume. De plus, cette malade a vu revenir ses règles. Je sais bien qu'on pourrait dire que celles-ci sont peut-être dues à quelques troubles utérins. Nous verrons par la suite ce qu'il faudra penser de cette hypothèse.

En somme, de ces essais on peut conclure que des autogreffes et des hétérogreffes peuvent être faites avec succès quand l'ovaire greffé est aseptique. Ces greffes auraient pour résultat de modifier les troubles menstruels et de remédier à l'insuffisance ovarienne après ovariectomie uni ou bilatérale. Dans les cas de fibromes ou de salpingo-ovarites kystiques, si l'ovaire ne peut être laissé dans l'abdomen, on pourra tenter les greffes sous-cutanées. Ces greffes peuvent être faites et après une intervention faite soit par l'abdomen, soit par la voie vaginale. Dans ce dernier cas il arrive parfois que l'un des ovaires enlevés paraît sain.

Dans le cas de salpingo-ovarite non aseptique ou accompagnée d'adhérences souvent elles-mêmes symptomatiques d'infection, la greffe est peu indiquée ; dans tous les cas si au bout de vingt-quatre heures elle provoque de la fièvre, il faut en pratiquer immédiatement l'ablation.

A notre avis, même après la ménopause ces greffes peuvent être faites. Car si à cette période de la vie la sécrétion externe est tarie (sécrétion des ovules) la sécrétion interne ne l'est pas encore, d'après les physiologistes.

Tel est le résultat de nos tentatives, mais, comme on doit bien le penser, bien des points sont encore à élucider, avant de pouvoir faire passer les greffes du domaine de la théorie dans celui de la pratique pour conserver la sécrétion interne de l'ovaire.

Discussion.

— **Pozzi.** — Je ferai deux remarques à propos de cette communication intéressante :

Premièrement, je crois qu'on a exagéré les troubles dits de *ménopause artificielle*, par suppression de la fonction ovarienne. Beaucoup des accidents douloureux qu'on lui a attribués sont dus ou à ce qu'on a laissé un utérus malade en enlevant les ovaires seuls, ou à ce qu'on s'est servi de ligatures à la grosse soie, qui sont longues à se résorber, qui même parfois s'infectent. (C'est pour cela que j'emploie toujours le catgut.)

Les troubles réflexes observés chez les femmes ainsi opérées ne sont pas des troubles de ménopause anticipée. Certes, ces derniers troubles existent parfois, surtout chez les femmes dont les lésions n'étaient pas assez intenses, ni assez anciennes pour qu'elles se fussent habituées, pour ainsi dire, à la cessation brusque de la fonction ovarienne ; mais avec une bonne pratique (et en particulier grâce à l'extension de la résection conservatrice telle que je la pratique dans les lésions limitées de l'ovaire), on peut dire que le nombre des cas de troubles dus à la castration sont excessivement rares, et qu'il n'y a pas lieu d'instituer contre eux une opération spéciale.

En second lieu, cette opération de greffe de l'ovaire dans la paroi abdominale me parait plus théorique que pratique. Nous savons, par les expériences de Cl. Bernard, que les tissus animaux greffés de la sorte ne vivent pas longtemps et finissent assez vite par être resorbés. Il serait utile que des expériences contradictoires de M. Mauclaire vins-

sent, pour le cas particulier, démentir ce principe général. Mais sa pratique est toute récente, et il n'a pas expérimenté sur les animaux.

Enfin, non seulement, je crois ces greffes d'un effet contestable (au moins pour la durée); mais je crains aussi qu'elles exposent à des accidents d'inflammation éliminatrice, surtout dans les cas où l'ovaire est légèrement infecté. Ce n'est donc pas, à mes yeux, un complément opératoire indifférent.

— **Mauclaire.** — J'ai voulu simplement, comparativement avec ce que nous savons des greffes thyroïdiennes péritonéales après thyroïdectomie, faire des essais de greffes ovariennes, les deux organes ayant quelques analogies fonctionnelles, comme nous le montrent les recherches physiologiques récentes.

— **Bouilly.** — Je pense, comme M. Pozzi, que l'on exagère beaucoup l'importance et la gravité des phénomènes post-opératoires succédant aux ablations des annexes. Sur un très grand nombre de cas je n'ai vraiment jamais observé de phénomènes graves. Il y a lieu de tenir grand compte des troubles qui pouvaient exister avant l'opération ; pour les phénomènes nerveux, pour la tendance à l'obésité, il en est de même que pour les psychoses post-opératoires ; il existe en général une prédisposition antérieure connue ou méconnue. Les accidents les plus ordinaires sont les bouffées de chaleur et les transpirations ; bon nombre de femmes ne s'en plaignent pas et n'attirent pas l'attention de ce côté. Les troubles de la neurasthénie ne se voient guère que chez les femmes qui étaient touchées auparavant.

Une remarque paradoxale mais fondée sur l'observation est que les femmes âgées, au voisinage de la ménopause, sont plus gênées par les troubles post-opératoires que les femmes très jeunes ; il est nécessaire d'admettre que les femmes âgées présentent une *habitude ovarienne* invétérée dont la suppression ne va pas sans trouble. Je pense qu il y a souvent plus d'inconvénients à garder qu'à enlever les ovaires dans nos hystérectomies. Le traitement par l'opothérapie ovarienne m'a donné peu de résultats.

— **Jayle.** — La conservation des ovaires au titre d'organes à sécrétion interne est encore à l'étude et ne saurait être parfaitement indiquée. Cependant il est quelques points qui me paraissent intéressants à montrer.

1° Tous les ovaires ne sont pas à conserver et il ne faut garder que ceux dont le fonctionnement physiologique est parfait.

2° Ce fonctionnement physiologique n'est pas en rapport avec l'état

physique et ne saurait, en tout cas, être apprécié d'après l'examen direct.

3° Il n'est qu'un moyen de connaître le fonctionnement de l'ovaire : c'est l'interrogatoire de la malade *avant* l'opération, interrogatoire spécial, minutieux, qui portera exclusivement sur l'existence ou la non existence des troubles climatériques.

4° Toutes les fois que l'on relèvera l'existence de troubles climatériques avant l'opération (insuffisance ovarienne), il ne peut pas y avoir grand intérêt à conserver les ovaires, puisque ces organes ne fonctionnent déjà plus.

5° Toutes les fois que ces symptômes n'existent pas, si faire se peut au point de vue opératoire, autant que l'exige l'intérêt des malades, on conservera un ovaire ou les deux.

Enfin, au point de vue de l'intensité des troubles, j'ai remarqué, comme M. Bouilly, que souvent les femmes âgées sont plus incommodées que les femmes jeunes. J'ai donné déjà ailleurs l'explication suivante : la castration amène la suppression des ovaires et la suppression des règles. Celles-ci étant absentes, il en résulte que le système vasculaire ne subit plus la déplétion périodique. Or plus cette déplétion périodique est ancienne, c'est-à-dire plus la malade est âgée, plus le nouvel état du système vasculaire sera différent de l'ancien, et plus les troubles congestifs augmenteront.

7° Enfin dans les cas de suppuration, si on constate parfois moins de troubles, cela tient à ce que l'ovaire est depuis longtemps dégénéré et que ses fonctions étant émoussées, amoindries, la suppression sera plus facilement supportée.

Hématosalpinx droit ; absence complète du vagin ; laparotomie : ablation des deux annexes ; apparition des règles par le rectum.

— **Psaltoff** (Smyrne). — Le 27 septembre 1896, une jeune fille de 20 ans se présentait à la consultation de l'hôpital grec de Smyrne, nous fournissant d'abord les renseignements suivants :

Elle n'avait jamais, à aucune époque, présenté d'écoulement menstruel.

Il y a sept ans environ, elle commençait à éprouver des douleurs, dans le bas-ventre, du côté droit ; douleurs continues qui présentaient cependant une exacerbation tous les vingt-trois jours, et duraient pendant quarante-huit heures.

Plus tard, ces douleurs devinrent plus intenses et nécessitèrent des injections de morphine pour les calmer. Enfin, elles devinrent tellement vives et constantes, que la malade se décida à venir réclamer nos soins.

En dehors de ces données, cette jeune fille n'a jamais présenté d'affections graves, ni de son côté, ni de celui de ses parents, on ne peut trouver de diathèse acquise ou transmise.

A notre premier examen, on constate que l'état général est, malgré tout, très satisfaisant.

La palpation abdominale nous fait sentir une tumeur du volume d'une tête de fœtus, siégeant dans le petit bassin, du côté droit, un peu mobile et très légèrement douloureuse à la pression.

A la vue, la conformation extérieure des organes génitaux semble normale, mais on constate immédiatement l'absence d'orifice vaginal.

Le toucher par le rectum, la seule voie qui nous reste libre, fait constater, à une profondeur de 6 centim., la présence de l'utérus et permet de sentir que cet organe, augmenté de volume, est en antéversion.

Le doigt, restant toujours dans la même situation, mais s'aidant du palper abdominal, la tumeur, indiquée plus haut, paraît fluctuante mais indépendante de l'utérus.

Après cet examen, le diagnostic était facile à poser ; il s'agissait d'un hématosalpinx droit, déterminé par l'absence complète du vagin.

En présence de ce cas, quelle devait être notre conduite et l'intervention opératoire ?

L'intervention opératoire idéale eût été de confectionner, à cette jeune personne, le vagin, qui lui manquait, et de lui permettre de ne pas garder des ovaires inutiles. Peut-être même, en mettant les choses au mieux, eussions-nous pu donner aussi issue au liquide de l'hématosalpinx. C'eût été le rêve.

C'est ce que nous avons tenté d'abord, mais malheureusement, notre tentative ne fut pas couronnée de succès. La voie abdominale s'imposait.

Nous pratiquâmes la laparotomie, en présence de nos collègues MM. Varda, Dascalachi et Papoaconstantinidi ; à peine le péritoine fut ouvert, nous aperçûmes la tumeur. Son extraction était difficile, à cause de son volume et de ses adhérences. Pour cette raison, nous pratiquâmes la ponction et l'aspiration du liquide contenu dans la tumeur, avec l'aspirateur Dieulafoy.

La consistance du liquide était très épaisse et de couleur chocolat.

Après avoir détaché les adhérences, nous avons enlevé la poche entière, en liant le pédicule avec une ligature de soie en chaîne Comme l'autre annexe (gauche) était dégénérée, et que, sur l'ovaire, un kyste du volume d'un citron existait, nous l'enlevâmes de la même manière que ci-dessus.

La matrice était augmentée de volume, mais nous ne crûmes pas prudent de prolonger l'opération, et nous la laissâmes sur place.

Sur la matrice, nous trouvâmes plusieurs petits kystes, de la grandeur d'une noisette, que nous rompîmes et enlevâmes avec les doigts.

L'opération terminée, après avoir nettoyé le péritoine avec des compresses antiseptiques et suturé le ventre, nous appliquâmes un bandage antiseptique.

La malade n'a rien présenté d'inquiétant après l'opération. Les douleurs avaient cessé ; et le 17e jour, elle put se lever et marcher aisément dans la salle de l'hôpital.

Malheureusement, cet état satisfaisant ne dura plus longtemps. Quelques semaines après, elle commença à se plaindre de douleurs au ventre et surtout pendant la défécation.

En l'examinant par le rectum, avec le doigt, nous constatâmes que le col de la matrice se trouvait tout à fait en arrière, et empêchait l'introduction libre du doigt. En palpant l'abdomen, nous trouvâmes la matrice sensiblement augmentée, du volume d'une orange.

Nous eûmes recours alors, à cause des fortes douleurs qu'elle éprouvait, aux injections hypodermiques de morphine, projetant une nouvelle intervention.

Mais notre malade quitta l'hôpital, le 23 décembre 1896, ne voulant pas s'y soumettre de nouveau.

Elle est revenue toutefois, 3 mois après, portant sa tumeur et se plaignant des mêmes douleurs ; elle ne voulut pas pourtant consentir à rester à l'hôpital.

Nous l'avons depuis perdue de vue ; mais le 15 août 1897 elle est revenue et, à notre grand étonnement, nous constatâmes, avec nos collègues ci-dessus mentionnés, que la tumeur avait complètement disparu et que la matrice se trouvait, par l'examen du rectum et de l'abdomen, ayant un volume plus petit que lors de l'opération.

La malade en souriant nous raconta que quatre mois auparavant (6 mois après l'opération) elle avait eu une hémorrhagie abondante, par le rectum, et que depuis ses douleurs avaient disparu.

A partir de cette époque elle perdait, tous les vingt-huit jours, du sang, par le rectum, pendant quarante-huit heures.

Son état général était excellent. Elle ne se plaignait plus de douleurs et avait des selles régulières et faciles.

Dernièrement encore, en mars 1900, plus de trois ans après l'opération, nous l'avons vue bien portante, ayant toujours ses hémorrhagies, avec la différence qu'au lieu de vingt-huit jours, elles ne lui venaient que tous les trois mois.

Les différents points intéressants et instructifs de notre cas se résument comme suit :

1° A la suite d'une absence complète du vagin, un hématosalpinx s'est formé ;

2° Malgré l'ablation des annexes, faite par la laparotomie, l'utérus a continué ses fonctions physiologiques pour lesquelles notre malade recommençait à se plaindre ;

3° Elle ne fut délivrée de ses longues souffrances qu'à la suite d'une forte hémorrhagie, qu'elle a eue par le rectum, 6 mois après l'opération, à la suite de laquelle l'augmentation de volume de la matrice, ainsi que les douleurs, avaient disparu.

(Quoique nous n'ayons pu trouver, dans notre minutieux examen une communication du col de la matrice avec le rectum, nous pensons qu'elle doit exister, et nous regardons les hémorrhagies comme supplémentaires, du moment qu'elles ont fait disparaître le volume de la matrice.)

4° Nous pensons donc que, dans des cas pareils, lorsqu'on est obligé d'enlever les deux annexes, il faut aussi enlever la matrice avec, car on risque de laisser un organe inutile et gênant qui peut causer des désagréments.

De la salpingostomie.

— **Goulliond** (Lyon). — Depuis Lawson Tait, quand au cours d'une laparotomie pour salpingo-ovarite grave, nous constations une occlusion double des pavillons, preuve certaine d'une lésion bilatérale, nous enlevions résolument les annexes des deux côtés. Lawson Tait sacrifiait préventivement les deux annexes, même quand une était saine. Depuis on a fait beaucoup, à la suite de A. Martin, de Pozzi, de Jayle, pour la conservation de l'ovaire. On a moins fait pour la trompe. Cepen-

dant Polk, Dudley, Skutsch, A. Martin, etc. se sont efforcés de conserver la trompe en pratiquant la salpingostomie. La thèse de Montans, Paris, 1899, renferme les tentatives faites à l'étranger et à Paris ; celle de Jarsaillon, Lyon, 1899, contient mes propres observations.

L'opération consiste, quand on trouve une trompe malade, avec son pavillon obstrué, sa cavité distendue par du liquide, à réséquer la partie malade de la trompe et à faire sur le moignon tubaire un ostium péritonéal en suturant la muqueuse éversée à la séreuse tubaire. Un débridement léger du canal tubaire agrandit cet orifice. L'ovaire est débarrassé des adhérences qui le fixent et le rendent microkystique ; il est en partie réséqué, s'il y a lieu. Les annexes du côté des plus grosses lésions sont généralement enlevées.

Nous avons fait cette opération avec succès, sans mortalité aucune, dans des cas de salpingo-ovarite chronique, opérés à froid, loin du début de l'affection, quand nous ne rencontrions pas de pus, du côté du moins où nous tentions la conservation.

L'occlusion cicatricielle du pavillon et l'hydrosalpinx sont les cas les plus favorables Les résultats ont été bons ; les malades ont cessé de souffrir et n'ont pas eu de récidive. Mais un choix sévère des cas s'impose pour éviter la mortalité et la récidive.

Nous n'avons pas jusqu'ici observé de grossesses ; mais les auteurs cités en ont rapporté quelques cas probants. La salpingostomie pourrait donc être un traitement important de la stérilité quand celle-ci est due à l'occlusion des pavillons tubaires par des adhérences périannexielles, occlusion qui n'a pas de tendance à disparaître spontanément. Il faut savoir d'ailleurs, comme Reymond l'a prouvé, que l'*ostium uterinum* reste perméable, dans la salpingite même grave.

Telle est la salpingostomie primitive. Nous donnons le nom de salpingostomie secondaire à la même opération faite à froid après qu'on a débridé par le vagin une suppuration pelvienne aiguë. Nous avons agi ainsi deux fois avec succès. On peut donc, chez des malades gravement infectées, intervenir d'abord pour les débarrasser d'un abcès menaçant ; puis secondairement faire par la laparotomie l'ablation des annexes d'un côté et la salpingostomie de l'autre. On évite ainsi la castration totale avec ses troubles nerveux et ses tristesses. Celle-ci reste la suprême et précieuse ressource pour les cas les plus graves.

Sur la réparation des grandes pertes de substance péritonéale dans les opérations sur le petit bassin.

— **Amann** (Munich). — Dans le cours de beaucoup d'opérations abdominales et abdomino-vaginales on rencontre fréquemment de telles altérations du péritoine qu'elles excluent toute réunion immédiate.

Origine de ces altérations. — Le péritoine est altéré par :

1° Inflammation : dans les abcès du petit bassin, principalement s'ils sont dus au streptocoque ou au bacille de Koch, mais encore dans des abcès coli-bacillaires ou gonococciques. Il en résulte des altérations et des formations de fausses membranes telles que la conservation du péritoine devient impossible : c'est principalement le cas quand il y a eu ouverture de l'abcès dans les organes de voisinage, intestin, vagin et qu'il y a eu un développement intense d'une tumeur, par exemple kyste dermoïde du petit bassin.

2° Trouble de nutrition dans le développement considérable de tumeurs intra-ligamentaires de l'utérus ou de l'ovaire.

3° Dégénérescence maligne de la séreuse elle-même (carcinome, sarcome); on peut être obligé dans ces cas d'enlever de grandes portions de péritoine. Ce sera encore de rigueur dans les curages complets du bassin, avec libération étendue des uretères ; dans l'extirpation totale de l'utérus cancéreux avec les environs infiltrés et les ganglions rétro-péritonéaux.

Dangers de ces altérations péritonéales : Des anses intestinales peuvent malgré le drainage former des adhérences pouvant occasionner des occlusions intestinales.

Pour obvier à ces dangers on ne pratiquait jusqu'ici que le drainage vaginal et sus-pubien, mais ce drainage ne garantit pas avec sécurité parce qu'il peut toujours se former des adhérences entre les anses intestinales et même des occlusions au-dessus de l'espace drainé; souvent aussi l'intestin peut être solidement fixé dans le petit bassin avec diminution de calibre, d'où encore une chance d'occlusion quelquefois longtemps après.

M. Amann recommande pour cette raison de toujours recouvrir les pertes de substance avec du péritoine et pour cela donne l'exposé de deux méthodes qu'il pratiqua avec succès dans des cas nombreux.

1° Mobiliser et transplanter le péritoine voisin.

2° Transporter sur ces pertes de substance des organes recouverts par la séreuse.

Dans le 1er cas, dès la section des parois abdominales, il sépare le péritoine dans la direction de la cavité de Retzius, éventuellement des deux côtés en dégageant aussi la plus grande partie de la vessie.

Cette portion du péritoine est assez mobile pour pouvoir couvrir jusqu'à la paroi postérieure du bassin.

Dans le 2e cas M. Amann emploie souvent l'anse sigmoïde ou la vessie; on dégage, s'il y a lieu, l'anse sigmoïde, qui presque toujours n'est fixée qu'à sa partie inférieure et elle devient assez mobile pour pouvoir être transportée sans tiraillement et sans tension proprement dite, du côté droit jusqu'au cæcum, du côté gauche jusqu'à la paroi latérale du bassin, ce qui permet de couvrir les parties les plus profondes du petit bassin. Si l'utérus est enlevé (ce qui facilite l'examen de la situation), on fixe à droite et à gauche par des sutures, l'anse sigmoïde aux parois latérales du petit bassin, en avant à la vessie ou à la paroi abdominale antérieure. Si l'utérus est conservé on suture l'anse sigmoïde à sa paroi postérieure ; latéralement aux parois pour couvrir les pertes de substance péritonéales qui se trouvent derrière l'utérus. Au-dessous de ce toit formé de l'anse sigmoïde recouverte de péritoine et de son mésentère, on draine à la gaze iodoformée par la plaie vaginale si on a fait une hystérectomie abdominale totale, par le cul-de-sac vaginal postérieur si l'utérus est conservé.

De cette façon, on peut éviter l'adhérence d'une anse intestinale avec des surfaces privées de péritoine.

Cette séparation de la partie inférieure du bassin du reste de la cavité abdominale offre des avantages spéciaux dans les cas de pus septique ou d'abcès génitaux communiquant avec l'intestin, par exemple de pyo-salpinx ouvert dans le gros intestin ou de tumeur suppurée de l'ovaire, ou encore quand il y a coexistence d'abcès génitaux avec une appendicite perforante, les sutures intestinales étant situées vers la cavité drainée.

M. Amann emploie la vessie quand après extirpation abdominale totale, le mésocôlon iliaque est raccourci par infiltration et qu'ainsi la faculté d'excursion de l'anse sigmoïde se trouve limitée. Dans ces cas, il suture la vessie à la paroi postérieure du bassin ou à l'anse sigmoïde : dans certains cas on est obligé de séparer d'abord la vessie transpéritonéalement de la paroi antérieure pour la mobiliser.

La suture se fait avec du catgut le plus fin ; M. Amann a pratiqué cette méthode, principalement à l'aide de l'anse sigmoïde, dans plus de

50 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromes, abcès du bassin avec ouverture dans l'intestin, etc., où se trouvaient de grandes pertes de substance du péritoine et dans 18 cas où l'utérus put être conservé. Sauf deux cas qui durent être opérés en pleine péritonite, tous les autres furent suivis de guérison.

M. Amann n'a jamais observé de troubles dus à des tiraillements ou à la lésion de l'anse sigmoïde ainsi transportée. Les fonctions intestinales reprennent dans le temps habituel et quelquefois même plus tôt.

Il recommande par conséquent de toujours couvrir les pertes de substance péritonéales, de préférence à l'aide de l'anse sigmoïde ou par un autre des procédés décrits, parce que c'est seulement en agissant ainsi qu'on peut empêcher avec sécurité les anses intestinales grêles de descendre dans le petit bassin.

Les laparotomies secondaires.

— **J. Kiriac** (Bucarest). — Sur un nombre de 155 laparotomies faites dans mon service de gynécologie, j'ai eu 3 cas de péritonites post-opératoires : un en 1897 et les deux autres en 1900. — Dans 2 cas, les malades ont été sauvées par une simple laparotomie secondaire ; dans le troisième, par une *double laparotomie secondaire*.

Voici en quelques mots succincts les observations :

Obs. 1. — Elisabeth Nicolesco, 23 ans, entre dans mon service pour une double annexite suppurée. Le 19 décembre 1897, je lui fais une laparotomie très laborieuse en lui enlevant non seulement les annexes, mais en même temps l'utérus lui-même. Le lendemain, la malade est en proie à une péritonite aiguë presque mortelle : sueurs froides profuses, pouls imperceptible, conscience perdue ; bref, agonie complète. Immédiatement, j'ai fait transporter la malade sur la table d'opération et, sous l'influence de quelques gouttes de chloroforme, *je lui ouvre de nouveau le ventre*. Il en sort une quantité très abondante d'un liquide sanguinolent assez trouble et d'un aspect sale. J'ai fait de grands lavages au sublimé 1 p. 1000 à 40° ; j'enlève quelques parcelles de détritus et je détache, par-ci, par-là, de lâches adhérences intestinales. Une fois la toilette péritonéale bien faite, j'introduis et je laisse à demeure, dans le petit bassin (drainage abdominal), une compresse de 70 cent. de longueur sur 40 cent. de largeur que j'enlève après cinq jours.

Le 22 janvier 1898, la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Au mois d'avril 1898, je l'ai revue, et elle ne sait comment nous remercier.

Obs. 2. — Maria Pais, 22 ans, entre dans mon service avec une double annexite suppurée accompagnée de douleurs et souffrances tellement intolérables qu'elle nous prie de lui faire n'importe quelle opération.

Le 16 février 1900, je lui fais une laparotomie excessivement difficile à cause des nom-

breuses adhérences des annexes avec le gros intestin, ainsi qu'avec les parties avoisinantes.

Le 17 février, la malade était comme perdue : algide, température 35°, pouls imperceptible, extrémités froides, vomissements incoercibles, etc.

Ouverture immédiate de l'abdomen sous chloroforme. Il en sort une quantité tellement abondante d'un liquide rouge vineux qu'elle nous fait l'impression d'une véritable hémorrhagie. J'ai fait de grands lavages au sublimé à 40°. Les intestins étaient excessivement ballonnés, injectés et agglutinés par une exsudation blanche que j'ai détruite en mettant en liberté toutes les anses intestinales. Après avoir introduit dans le bassin une large compresse, je ferme l'abdomen.

Le 18 février, la malade, quoique un peu améliorée, ne s'en trouvait pas moins sous l'influence d'une péritonite mortelle. *Immédiatement, je lui ouvre de nouveau le péritoine*, et je fais sortir encore cette fois-ci une nouvelle quantité de liquide séro-sanguinolent, mais beaucoup moins prononcée que la veille. Grands lavages au sublimé, introduction d'une grande compresse dans le bassin, pansement, etc.

Le 17 mars, la malade sort complètement guérie.

Obs. 3. — Hélène Buruiana, 40 ans, entre dans mon service le 2 mai 1900 pour une double annexite suppurée.

Le 2 juin, laparotomie, extirpation des deux annexes.

Le 5 juin, la malade se trouvant encore en proie à une péritonite mortelle, je lui ouvre de nouveau le ventre et je fais sortir une quantité très notable d'un liquide séro-sanguinolent ; larges lavages au sublimé chaud et introduction d'une grande compresse laissée à demeure dans le petit bassin et que je fais sortir après trois jours. Le 20 juin, la malade sort complètement guérie.

Conclusions. — Ces 3 observations sont assez démonstratives pour nous prouver l'efficacité des laparotomies secondaires dans le cas de péritonites post-opératoires. En effet, rien ne peut mieux lutter contre l'accumulation du liquide dans le péritoine qui entretient le mal, qu'une nouvelle ouverture franche et audacieuse du ventre. Les autres moyens comme les injections du sérum sous la peau et dans les veines agiront ensuite plus efficacement, comme il nous a été démontré dans nos observations.

En outre, je profite de cette occasion pour démontrer encore une fois, comme je l'ai fait au Congrès de Marseille en 1898, la grande puissance antiseptique du sublimé ainsi que l'innocuité de son introduction dans le péritoine. Mais je n'insiste pas davantage sur cette chose, ainsi que sur la méthode qui se trouvent amplement décrites et reproduites dans mon quatrième volume de chirurgie spéciale aux maladies gynécologiques.

L'angiotripsie dans les opérations péritonéales.

— **José M. Caballero** (Buenos-Ayres). — Depuis un an, j'emploie l'angiotripsie dans toutes les opérations abdominales ; j'y ai eu recours

dans 97 laparotomies et n'ai jamais vu d'hémorrhagie se produire. Le grand défaut de l'angiotribe de Tuffier, c'est le grand effort qu'il faut développer pour le fermer. Aussi ai-je substitué à la rondelle de bronze, sur laquelle tourne la roue, une autre à frottement minime, composée de deux pièces qui tournent sur un jeu de plomb de chasse en acier, enfermés dans une cannelure et maintenus par trois dents à ressort qui font partie de l'une des pièces ; elles tournent ainsi sans contact dans une rainure extérieure de l'autre.

Il faut avoir soin de maintenir l'angiotribe immobile tout le temps que l'on comprime ou que l'on desserre, ce qui est fort difficile à obtenir sans l'emploi de mon appareil. Si des tiraillements sont exercés sur la partie broyée, ils la déchirent et occasionnent des hémorrhagies.

L'angiotribe me paraît contre-indiqué dans les pédicules dégénérés, comme une salpingite parenchymateuse lardacée. Je n'ai pas non plus été satisfait de l'angiotribe dans la résection de l'épiploon, les vaisseaux étant détruits et saignants.

Du traitement des inflammations utéro-annexielles par l'eau à 60 degrés centigrades.

— **A. Suarez de Mendoza** (Madrid). — Depuis deux ans, j'ai soumis au traitement par les injections vaginales d'eau à 60°, tant à ma clinique que dans ma clientèle particulière, 242 femmes, dont 105 présentaient des lésions annexielles plus ou moins graves, d'origine blennorrhagique. Chez 52, l'infection a eu lieu pendant la période puerpérale ; pour les 84 autres, le diagnostic étiologique n'a pu être rigoureusement établi.

D'une façon générale, les résultats sont bien plus rapides lorsqu'on s'adresse à des infections gonococciques ; mais, dans la très grande majorité des cas, et quelle que soit l'origine de l'infection, au 15e ou 20e lavage, quelquefois même avant, l'amélioration commence à se manifester et fait de rapides progrès. Dans les cas qui ne sont pas d'une extrême gravité, les résultats paraissent complètement établis.

La technique de ces injections est fort simple. Elles se pratiquent au moyen d'une canule spéciale empêchant la transmission de la chaleur de l'eau à la peau, celle-ci n'étant jamais touchée par le liquide employé ; or, comme la muqueuse vaginale est très peu sensible à la chaleur, la température indiquée ci-dessus est parfaitement supportée par les femmes.

L'injection dure dix minutes et se donne ainsi : la malade en position obstétricale et le réservoir d'eau chaude placé à une hauteur de 60 centim. par rapport à elle, on introduit la canule, enduite de vaseline, jusque dans le cul-de-sac postérieur et on ouvre la clef d'arrivée. Dans la majorité des cas, au bout de cinq ou six secondes, l'eau sort en jet régulier par l'orifice préposé à cet effet sur le cylindre isolateur ; mais quelquefois rien ne vient, l'orifice d'arrivée est bouché par un repli de la muqueuse, il suffit d'imprimer quelques petits mouvements de rotation à l'instrument pour qu'il fonctionne avec régularité. Il faut appuyer la canule sur la fourchette, autrement, un peu d'eau sortirait en dessous et la malade, ressentant une forte sensation de brûlure, ne supporterait pas le lavage. Lorsque la fourchette est intacte et l'appareil constricteur de la vulve en bon état, rien n'est plus facile que cette petite manœuvre. Quand la fourchette est déchirée, il faut, avec le pouce et l'index gauches, serrer les bords de la déchirure pour empêcher l'eau de s'échapper entre la canule et la paroi inférieure du vagin.

Séance du 9 août (matin).

Cette séance a été uniquement consacrée à la présentation d'instruments.

1° Nouvelle table d'opérations ; 2° Appareil de Pincus modifié pour la cautérisation par l'eau chaude.

— **Stapler** (San-Paulo).

Porte-caustique intra-utérin à partie terminale souple.

— **Hartmann** (Paris).

Écarteur mécanique des parois abdominales.

— **Jonnesco** (Bucarest).

Pince porte-caustique.

— **Dardel** (Paris).

Carettes utérines à bords dentés.

— **Kowler** (Paris).

Clôture de la session.

— **Terrier**. — Messieurs, arrivé à la fin de nos séances, je ne puis m'empêcher de remarquer combien elles ont été chargées ; trop souvent même on a dû laisser de côté des discussions. Les questions abordées au cours de ce Congrès ont été nombreuses et importantes ; quelques-unes ont été résolues : elles sont en petit nombre ; les autres ont été simplement mises au point et n'ont pas encore reçu leur solution définitive En clôturant cette session, je tiens à adresser mes remerciements aux présidents d'honneur qui ont bien voulu m'aider dans ma tâche ; à mes confrères, étrangers et nationaux ; tous nous avons été unis dans un même but : l'avancement de la science médicale.

— **Snéguireff**. — Permettez-moi, au nom de mes confrères russes, d'exprimer notre reconnaissance à M. le Président et au Comité de la Section d'obstétrique et de gynécologie.

Nous avons beaucoup entendu, beaucoup vu et nous nous sommes beaucoup instruits. Cette richesse d'impressions et ces connaissances, nous les emporterons avec nous afin de pouvoir profiter ultérieurement de tout ce que nous avons vu et entendu pour appliquer les résultats des progrès de notre science, pour jouir des souvenirs de notre séjour ici.

Dans la Patrie des Français nous avons été séduits plus d'une fois par les résultats de la force créatrice du génie de cette nation amie et par l'intensité des qualités morales, qui ne pourront tarder à renforcer les liens entre les deux nations amies.

Vivent tous les savants, de tous pays ! Vive la France !

— **A. Martin.** — Je désire exprimer de ma part la gratitude profonde que je dois et que doivent, d'après mon idée, tous à nos confrères de Paris. Le Congrès nous a donné d'apprendre et de recevoir de nouvelles idées qui serviront à nos investigations futures. Nous avons eu des excellents rapports et nous avons assisté à des démonstrations d'une

très haute importance. Mais en dehors du travail scientifique, je veux dire un mot des relations personnelles qui se sont établies entre nous, ces relations sont un des grands avantages des Congrès internationaux. Dans ces Congrès nous nous voyons de près et nous faisons la connaissance de nos jeunes confrères, l'avenir de notre science.

En terminant, il ne nous reste qu'à remercier sincèrement nos confrères parisiens, qui nous ont reçus avec cette hospitalité, qui est si bien connue dans le monde entier et qui est le modèle de l'hospitalité internationale !

Nous vous remercions tous en particulier, nous remercions Monsieur notre Président, qui a fait tant de travail pour nous tous. Nous vous en sommes sincèrement reconnaissants !

— **Calderini.** — En mon nom et au nom de M. Morisani, avec lequel j'ai représenté la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie à ce mémorable Congrès, je remercie M. le Président, du bienveillant accueil que nous avons reçu, ainsi que nos compatriotes.

Au nom de tous, je remercie le Comité d'organisation de la Section.

HENRI HARTMANN,
Secrétaire général de la Section de Gynécologie.

VARIÉTÉS

La *Société italienne d'Obstétrique et de Gynécologie* tiendra sa prochaine session à Naples, les 20, 21, 22 et 23 octobre.

La Commission permanente exécutive est constituée à Naples, par le professeur Ottavio Morisani, président et le professeur Giovanni Miranda, secrétaire.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

ESQUISSE

DES

PROGRÈS RÉALISÉS EN OBSTÉTRIQUE PENDANT LE XIXe SIÈCLE

Par le professeur **A. Pinard.**

J'ai pensé, à tort ou à raison, que ma leçon de réouverture à la fin de cette année *séculaire* pouvait être consacrée, avec quelque profit, à l'étude de notre bilan obstétrical actuel. Aussi, pour cette raison, je vais m'efforcer de vous exposer l'esquisse des progrès réalisés en obstétricie pendant le cours du XIXe siècle.

Je tiens à vous faire remarquer, au début de cette étude, que les appréciations qui vont être formulées me sont exclusivement personnelles et n'engagent que moi-même. Il est probable, pour ne pas dire certain, que ma façon de dresser cet inventaire n'aura point l'assentiment unanime des accoucheurs et que quelques-uns me trouveront au moins excessif, et jugeront que dans mes appréciations j'ai tantôt exagéré, tantôt diminué, tout en considérant bien à tort, comme *rossignols*, des choses à leurs yeux encore sacro-saintes. Je réponds d'avance à ceux-là que, laissant de côté les vues de l'esprit et les raisons métaphysiques traditionnelles, m'affranchissant de toute influence d'école, sacrifiant tout à mon amour pour la vérité, je ne me suis incliné que devant l'autorité des faits scientifiquement étudiés et devant l'éloquence des résultats dûment constatés, pour établir mon jugement. Si je me suis trompé, c'est donc de bonne foi.

J'ajoute que cette leçon ne sera point un résumé de l'histoire

de l'obstétricie pendant le XIXe siècle. Je ne puis avoir cette prétention, car pour faire un simple sommaire plusieurs leçons me seraient nécessaires. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire le beau livre que nous a donné mon vénérable maître et ami, le professeur F.-J. Herrgott, après avoir traduit et annoté les deux volumes de Ed. Gasp. Jac. de Siebold : « Essai d'une histoire de l'obstétricie » (1).

Si j'ai puisé dans ce trésor inappréciable les principaux éléments de mon esquisse, j'ai dû forcément laisser de côté une quantité innombrable de faits et de travaux qui, quelle que fût leur importance, ne pouvaient trouver place dans une vue d'ensemble. Mais après avoir lu et relu cette œuvre monumentale, après y avoir recueilli ce qui sera certainement le meilleur de mon exposition, pénétré plus que jamais de l'immense service que le professeur F.-J. Herrgott nous a rendu, je saisis avec joie cette occasion pour adresser à l'éminent doyen de l'obstétricie française l'expression de ma respectueuse et affectueuse gratitude.

Aujourd'hui je désire simplement mettre en relief les faits les plus importants du siècle qui va finir, et que l'expérience a démontré devoir être considérés comme autant de conquêtes.

Considérant l'obstétricie comme la branche des sciences médicales qui doit étudier tout ce qui concerne la reproduction de l'espèce humaine, prenant la question *ab ovo*, j'envisagerai à ce point de vue successivement la fécondation, la grossesse normale et pathologique, l'accouchement eutocique et dystocique, les suites de couches, le nouveau-né.

a) **Fécondation.**

Pour vous faire comprendre ce qu'on savait de la fécondation à la fin du XVIIIe siècle, je vais vous citer ces lignes prises

(1) ED. GASP. JAC. DE SIEBOLD. *Essai d'une histoire de l'obstétricie*, traduit de l'allemand avec appendice par F.-J. Herrgott. 3 vol. in-8° avec figures. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1891.

dans l'*Art des accouchements* de Baudelocque (3e édition, 1796, p. 174).

« L'opération générale de la nature par laquelle tout individu quelconque produit son semblable, s'appelle génération. Cet acte, chez les animaux, demande toujours l'union des deux sexes, et ne peut s'opérer sans elle ; l'on en excepte cependant quelques-uns qui jouissent des facultés de se reproduire eux-mêmes.

« Mais cette reproduction n'est-elle que le développement d'un animal préexistant ? Celui-ci vient-il du père ou de la mère ? Ou se forme-t-il des principes fournis par l'un et par l'autre ? Dans ce dernier cas, quels sont ces principes et comment se rassemblent-ils ? Ce sont autant de questions impossibles à résoudre, ou sur lesquelles au moins nous ne hasarderons aucunes conjectures... »

Et après avoir exposé les différents systèmes établis sur la génération, il termine ainsi ce chapitre :

« L'insuffisance de tous ces systèmes et de toutes ces hypothèses, pour l'explication des phénomènes surprenants de la génération, ne laisse que trop apercevoir la profondeur de l'abîme où la raison de l'homme s'est souvent égarée, faute de connaître les bornes que la nature avait prescrites à son intelligence et à ses recherches. »

Vous le voyez, malgré la découverte des follicules ovariens (Reinier de Graaf, 1672), du spermatozoïde (Louis Hamm, 1677), on connaissait, au commencement de ce siècle, l'acte initial de la fécondation, la *copulation*, le reste était mystère.

Heureusement la raison de l'homme ne s'est pas toujours égarée dans l'abîme, et son intelligence et ses recherches ne connaissant pas de bornes — n'en déplaise aux mânes de Baudelocque — ont démontré, par les découvertes de Prévost et Dumas (ovule de chienne, 1825), mais surtout par celles de A. de Baer (ovule humain, 1827) et de Coste (vésicule germinative des mammifères, 1835), que le mystère de la génération pouvait être éclairé jusqu'à un certain point.

Quel chemin parcouru depuis cette époque ! Newport entre-

voit la pénétration du spermatozoïde dans l'œuf (1854); Fol la décrit en 1879 ; et les faits historiques constatés aujourd'hui d'une manière précise donnent plus que de la vraisemblance à cette interprétation formulée actuellement par les biologistes : « La substance chromatique, base physique de l'hérédité, porte le cachet de la race, tire son origine à dose égale des deux parents ; l'ovule donne le cytoplasme, substratum du développement et de la différenciation futurs ; le spermatozoïde fournit exclusivement le centrosome, l'agent actif de la division mitosique, le tisserand de l'œuvre qui va se poursuivre (1). »

Non seulement la connaissance des faits précis concernant la fécondation normale a fait un pas immense ; mais aussi l'étude des conditions qui donnent lieu à des fécondations anormales est assez avancée pour que des chapitres de pathologie générale soient consacrés à cette question, témoin le beau et important travail de mon collègue Mathias Duval, intitulé : « Les monstres par défaut et les montres par excès de fécondation » (2).

Nous savons aujourd'hui une chose capitale, c'est que les deux éléments, spermatozoïdes et ovules, pour se pénétrer, se dissoudre et former « un moi meilleur » doivent être dans des conditions physiologiques parfaites, c'est-à-dire fournis par des individus sains.

Je reviendrai plus loin sur cette question importante.

Nous savons, enfin, qu'il ne faut plus confondre ces deux mots, copulation et fécondation, ces deux actes étant toujours séparés par un intervalle qui peut être plus ou moins long : remarque dont l'importance va nous apparaître tout à l'heure quand je m'occuperai du diagnostic de la grossesse.

Comme dernière conséquence importante résultant des découvertes concernant la fécondation faites dans le cours de ce siècle, je dois vous signaler les études faites sur l'étiologie des grossesses extra-utérines ou ectopiques.

---

(1) CHANTEMESSE et PODWYSSOWSKY. *Pathologie générale et expérimentale. Les processus généraux.*

(2) *Traité de pathologie générale* et *Annales de gynécologie*, février 1895.

Ainsi que vous avez pu vous en apercevoir, les progrès réalisés dans nos connaissances relatives à la fécondation sont dus presque exclusivement aux recherches des anatomistes, des biologistes et des embryologistes.

Les accoucheurs, et il ne pouvait guère en être autrement, n'ont contribué aux progrès de cette question qu'en étudiant les œufs humains doubles dans les cas de gémellité.

Au contraire, nous allons voir leur rôle devenir prépondérant dans les chapitres qui vont suivre.

b) Grossesse.

1° Grossesse physiologique. — « L'état où se trouve la femme qui a conçu s'exprime par le mot grossesse ; cet état dure depuis le premier instant de la conception jusqu'à celui de l'expulsion ou de la sortie du corps qui en est le produit » (Baudelocque) (1).

Cette définition n'est plus admise et est remplacée par celle-ci : « La grossesse est l'état fonctionnel particulier dans lequel se trouve la femme pendant la durée du développement de l'œuf humain. » Cette dernière définition fait comprendre que quand le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine ou dans un kyste fœtal, la grossesse a cessé.

Au point de vue de la durée de la grossesse, les connaissances acquises pendant ce siècle ont démontré que la fécondation, que la conception, ne coïncidant pas avec la copulation, le point de départ d'une grossesse ne peut être précisé, ce qui rend encore, à l'heure actuelle, le diagnostic de l'âge de la grossesse absolument incertain.

Cette notion, d'ordre négatif en clinique, est la seule acquise concernant la durée de la grossesse. Nous ne savons pas plus qu'à l'époque de Baudelocque quelle est la durée normale de la grossesse. Nous ignorons si la durée normale est invariable ou si elle est variable ; quelles sont les causes qui la font varier.

(1) Baudelocque, *loc. cit.*, p. 179.

Seules, des recherches récentes permettent-elles de faire entrevoir le chemin qui, peut-être, mènera à la vérité (1).

Mais si rien, dans ce siècle, n'est venu en aide aux accoucheurs pour le diagnostic précis de l'*âge* de la grossesse, ils ont été plus favorisés dans l'importante question du diagnostic de l'*existence* de la grossesse.

En dehors du toucher simple et du procédé de Puzos, qui consiste à explorer la matrice par ses deux extrémités, c'est-à-dire à pratiquer le toucher et le palper combinés, les anciens accoucheurs n'avaient pas de moyen pour rechercher et constater les signes objectifs.

La découverte de l'auscultation obstétricale, faite par Lejumeau et Kergaradec et communiquée à l'Académie de médecine de Paris le 21 décembre 1821, mit, entre les mains des accoucheurs, un moyen d'exploration aussi facile dans son application que précieux dans ses résultats.

Si quelques accoucheurs nièrent la puissance de ce moyen d'investigation (Dugès, Capuron), si d'autres n'ont pas apprécié avec justesse les avantages de cette découverte (E. de Siebold), je dois reconnaître que, dans la seconde moitié de ce siècle, l'*auscultation obstétricale* fut universellement appliquée et constitue « l'une des branches du trépied sur lequel repose le diagnostic obstétrical » (F.-J. Herrgott). Il est presque inutile de vous dire que c'est l'un des trois moyens employés pour percevoir les signes de certitude de la grossesse,

De même, l'étude du *palper abdominal* ayant été approfondie, ce procédé d'exploration, si facile à mettre en œuvre, devint l'un des moyens les plus puissants pour explorer la cavité abdominale et apprécier le contenu de l'utérus, c'est-à-dire pour faire le diagnostic d'existence de la grossesse (perception des mouvements passifs, perception des mouvements actifs) et, comme nous le verrons, reconnaître l'attitude du fœtus.

---

(1) F. LATASTE. *Des variations de durée de la gestation chez les mammifères et des circonstances qui déterminent ces variations. Théorie de la gestation retardée.*

L'*hygiène de la grossesse*, au commencement du siècle, différait peu de celle recommandée par Soranus d'Ephèse, au commencement du deuxième siècle de notre ère (1) et n'était autre que celle qui se trouve dans le chapitre de Mauriceau (2).

C'est dans la seconde moitié de ce siècle que trois chapitres des plus importants vinrent s'ajouter aux anciens :

1° La surveillance attentive des appareils et fonctions d'assimilation et de désassimilation et, en particulier, de l'appareil urinaire et de l'urine pendant toute la durée de la grossesse;

2° La surveillance de l'attitude du fœtus à la fin de la grossesse;

3° Les conditions dans lesquelles doit vivre la femme enceinte.

La possibilité de la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes ayant été reconnue, sa signification ayant été étudiée, les moyens employés pour la faire disparaître dans la plupart des cas ayant été découverts (1873), un grand chapitre de prophylaxie était créé.

De même la connaissance des lois d'accommodation du fœtus pendant la grossesse, l'étude et la vulgarisation du palper abdominal (1878) qui permet de reconnaître l'attitude du fœtus pendant la grossesse, la possibilité de faire disparaître les mauvaises présentations bien établies constitueront les éléments du deuxième chapitre.

Les éléments du troisième n'ont fait leur apparition que dans ces dernières années, où l'on s'est occupé de rechercher les causes qui déterminent ou favorisent l'expulsion de l'œuf humain avant son développement complet. Je reviendrai, du reste, sur ce point à la fin de cette leçon et me borne à vous

(1) Voy. SORANUS d'Ephèse (*Traité des maladies des femmes au commencement du IIe siècle*) et MOSCHION (VIe siècle), traduits et annotés par le professeur F.-J. HERRGOTT (1895).

(2) De quelle façon on doit gouverner la femme pendant tout le cours de sa grossesse, tant qu'elle n'est accompagnée d'aucun accident considérable, pour tâcher d'éviter ceux qui pourraient lui arriver. MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses*, édit. 1681, p. 112.

dire que ces trois chapitres de prophylaxie constituent trois grandes conquêtes obstétricales.

Grossesses multiples. — Les grossesses multiples ont été particulièrement étudiées dans le cours du XIXe siècle. Au point de vue biologique nous sommes plus renseignés sur la fréquence et les causes de la gémellité ; au point de vue clinique, grâce au palper abdominal et à l'auscultation, nous sommes à même de faire le diagnostic des grossesses multiples bien plus sûrement qu'on ne pouvait le faire au XVIIIe siècle. C'est seulement dans la seconde moitié du XIXe siècle que le diagnostic de grossesses triples a pu être sûrement fait. Enfin, dans ces dernières années, on a reconnu que les grossesses multiples qui, si souvent, sont interrompues prématurément, pouvaient être prolongées par un traitement prophylactique.

2° **Grossesses pathologiques.** — 1° *Insertion du placenta sur le segment inférieur.* — Il est impossible de ne pas reconnaître aujourd'hui que le chapitre le plus important de la pathologie de la grossesse est celui qui a trait à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. A la fin du XVIIIe siècle on savait déjà que le placenta peut être trouvé inséré au niveau de toutes les régions de l'utérus, mais on ne pensait pas qu'il pût se rencontrer si souvent sur le segment inférieur.

Voici, du reste, comment s'exprime Baudelocque à ce sujet : « Le placenta peut s'attacher indistinctement sur tous les points de la surface interne de la matrice. Le plus souvent il en occupe les régions moyennes, rarement le milieu du fond, de sorte que son centre réponde au centre de celui-ci ; et plus rarement encore la partie inférieure, ou le dessus de l'orifice (1). »

Il résulte des recherches faites surtout à la fin du XIXe siècle et dont les résultats n'ont pas été scientifiquement contredits, que l'insertion du placenta sur le segment inférieur est chose beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait.

---

(1) BAUDELOCQUE, page 221.

Ces mêmes recherches ont également démontré que l'accident qui résultait le plus fréquemment de cette insertion est la rupture prématurée des membranes, et consécutivement l'accouchement prématuré.

L'hémorrhagie résultant de l'insertion vicieuse, a été, de même, particulièrement étudiée au point de vue de sa fréquence, du mécanisme suivant lequel elle se produit, du traitement à lui opposer. Inutile de vous dire, à vous, que ce traitement n'est pas constitué par la méthode de Puzos, quoi qu'on en ait dit.

Pour vous faire mesurer le pas qui a été fait dans cette voie, je vous montrerai, à la fin de cette leçon, un tableau vous faisant comprendre ce que nous avons fait depuis que Simpson a écrit : « Le pronostic dans les cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse est aussi grave que dans la fièvre jaune et une femme sur trois succombe. »

II°. — *Rétroversion de l'utérus gravide.* — Depuis l'époque où l'accoucheur hollandais G. van Dœveren a représenté pour la première fois une rétroversion de l'utérus gravide, cet accident n'avait guère été étudié que par Guillaume Hunter et Baudelocque.

De nombreux travaux furent faits sur ce sujet, dans le cours du XIX° siècle. Aujourd'hui l'attention des accoucheurs est éveillée sur ce point, les éléments du diagnostic sont connus, et dans ces dernières années la thérapeutique a donné des résultats tels que le pronostic n'est grave que quand la maladie n'a pas été reconnue.

III°. — *Dégénérescence kystique des villosités choriales. Môle hydatiforme.* — Si Hippocrate avait déjà connaissance de la môle, il faut reconnaître que l'histoire scientifique de cette affection a véritablement commencé avec le XIX° siècle.

L'on sait, depuis le commencement de ce siècle, que c'est une maladie de l'œuf qui, le plus souvent, interrompt le développement du fœtus. L'on sait aussi, depuis longtemps, que cette maladie peut être redoutable pour la mère par suite d'hémorrhagie. Mais ce n'est que depuis quelques années

qu'on a entrevu la possibilité d'un rapport de cette maladie de l'œuf avec une affection grave observée consécutivement chez les mères et qu'on appelle improprement et jusqu'à nouvel ordre *déciduome malin*. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour nous éclairer définitivement sur la nature exacte de la dégénérescence kystique des villosités choriales et sur ses rapports avec le déciduome malin.

IV°. *Ptyalisme. Pica. Vomissements incoercibles. Albuminurie. Éclampsie.* — Depuis un temps immémorial l'on sait que les femmes enceintes présentent des troubles divers dans la première moitié de la grossesse et quelquefois à une période plus tardive. Soranus s'exprime ainsi, à ce sujet, par la plume de son traducteur : « Une affection qui atteint les femmes enceintes vers le deuxième mois, a été appelée πισσα, nom d'oiseau, le geai du chêne, dont le plumage change de couleur, son chant de modulations, comme la maladie dont il s'agit ; ou (απο του πισσου) ce nom est tiré du lierre à cause de la variété des choses que ces branches embrassent. Cette affection se montre chez la plupart des femmes vers le quarantième jour de la grossesse, et dure jusqu'au quatrième mois et même plus. Chez certaines femmes elle se montre plus tôt, chez d'autres plus tard ; elle dure aussi moins longtemps chez certaines femmes, plus longtemps chez d'autres, rarement chez quelques-unes jusqu'à l'accouchement (1). »

Or, depuis Soranus jusqu'au commencement du siècle actuel, les accoucheurs n'ont fait que paraphraser ce qu'avait dit le fils de Ménandre et de Phœbé.

Les accoucheurs du XIXe siècle ajoutèrent à ce chapitre banal la description symptomatologique plus complète du ptyalisme ou sialorrhée, la description symptomatologique des vomissements dont les uns, peu graves, constituent un signe de grossesse, dont les autres, graves, ont été appelés *vomissements incoercibles pathologiques* et constituent une entité morbide qui va posséder tous ses chapitres. Ils reconnaissent

(1) SORANUS. *Loc. cit.*, p. 48.

aussi après les médecins que l'urine des femmes enceintes contient assez souvent de l'albumine et ils décrivent une *albuminurie gravidique*. Ils étudient avec soin les convulsions des femmes enceintes et en font également une maladie : *l'éclampsie*. Cette prétendue maladie est analysée minutieusement, on note les minutes et les secondes de l'accès convulsif, on discute sur sa nature et sur sa cause, et, en dernier lieu, les uns en font une maladie microbienne, alors que d'autres, embarrassés pour trouver sa place dans un Traité didactique, la relèguent et l'exposent dans le chapitre « Dystocie ».

Des innombrables travaux entrepris pour élucider ces questions, ne se dégage aucune évolution. Et aujourd'hui encore, en face d'une femme enceinte, en proie aux convulsions éclamptiques, je puis dire que si nous pouvons facilement mettre une étiquette, cette étiquette n'a aucune valeur comme indication thérapeutique, et aucune signification au point de vue du pronostic individuel.

Malgré toutes les méthodes vantées — toutes plus ou moins empiriques — nous ne savons pas exactement contre quoi nous luttons et, quoi qu'on en ait dit, nous ne savons pas encore pourquoi telle femme meurt, alors que telle autre guérit.

Aussi, j'appelle de tous mes vœux le moment où cessera la désespérance, et je souhaite ardemment que les conceptions nouvelles n'aient pas le sort des précédentes et n'aboutissent pas, elles aussi, à l'avortement. C'est la raison pour laquelle, alors que l'histoire n'a enregistré des efforts aussi remarquables par leur nombre que par leur stérilité, je me crois autorisé à vous dire quelques mots de la genèse de cette nouvelle doctrine.

« Il est, dit le professeur Bouchard, des produits excrémentitiels imparfaits, qui résultent d'une élaboration insuffisante du foie, et beaucoup d'autres substances toxiques dont je ne connais ni le nom, ni la constitution, mais dont j'ai démontré *physiologiquement* la présence dans les urines. Toutes ces matières sont capables de produire des intoxications, parmi lesquelles nous citerons l'éclampsie. »

Ayant étudié les remarquables expériences de Bouchard, on a constaté que l'on pouvait produire expérimentalement de la salivation, des vomissements, etc., et on s'est demandé si tous les accidents que Soranus décrivait sous le nom de pica, n'étaient pas dus à une insuffisance hépatique pendant la grossesse.

Les mémorables expériences de Hahn, Messen et Paulow (1892) semblent venir à l'appui de cette manière de voir. Les signes de l'insuffisance hépatique, recherchés, étudiés et si bien décrits depuis quelques années par les médecins, présentent, avec les symptômes observés pendant la grossesse, la plus grande analogie, sinon la plus parfaite similitude.

De là, la conception de l'*hépatotoxémie gravidique*, ayant pour manifestations précoces : les vomissements, le ptyalisme, les démangeaisons, l'albuminurie, etc., et pour manifestations ultimes : les vomissements incoercibles et les accès convulsifs. Manifestations qui doivent s'atténuer au fur et à mesure que l'on tarit la source des toxines alimentaires non modifiées par le foie. Bien que les recherches anatomo-pathologiques récentes aient toujours permis de constater des lésions du foie chez les femmes mortes soi-disant d'éclampsie, il n'est permis, jusqu'au jour où cliniquement on aura décelé la présence de ces toxines, démontré leur origine hépatique et leur action, donné les moyens de les reconnaître facilement en clinique et trouvé les antitoxines, il n'est permis, dis-je, de considérer cette conception autrement que comme une hypothèse.

Jusque-là nous devons nous en tenir à ce fait qui, presque de nature empirique, doit être considéré comme une grande conquête, à savoir que : le régime lacté absolu chez les femmes enceintes albuminuriques, empêche presque toujours la production d'accès éclamptiques.

Depuis 1873, année où ce traitement prophylactique des accès convulsifs fut rigoureusement suivi par toutes les femmes enceintes de la Maternité, les résultats n'ont pas varié. Ceux que j'ai constatés sur des milliers de femmee albuminuriques dans mon service ont été semblables à ceux que j'observais

en 1873, alors j'étais l'interne de Tarnier. Si des observations scientifiquement prises — et j'en possède quelques-unes — ont démontré qu'une femme peut avoir des accès éclamptiques sans avoir, au préalable, présenté de l'albumine dans les urines au cours de sa grossesse, cela ne prouve qu'une chose, c'est qu'il n'y a pas de règle sans exception. Or, il ne faut jamais méconnaître la règle, et ne jamais oublier d'examiner les urines d'une femme enceinte, car c'est le seul moyen que nous ayons à l'heure actuelle pour déceler l'intoxication ; et les résultats cliniques sont là pour démontrer que le régime lacté absolu constitue vraiment le *traitement prophylactique des accès éclamptiques.*

Je puis donc terminer ce que je voulais vous dire sur ce chapitre par cette phrase consolante : Si le XIXe siècle n'a pas bien armé les accoucheurs pour guérir les accès éclamptiques, il leur a donné des armes presque suffisantes pour les prévenir.

V°. — *Grossesse extra-utérine ou ectopique.* — « La vraie grossesse a reçu différentes dénominations, selon le lieu que l'enfant occupe. Elle se nomme grossesse utérine, bonne grossesse, grossesse ordinaire, toutes les fois qu'il est renfermé dans la matrice ; grossesse tubaire, des ovaires et abdominale, lorsque l'enfant se développe dans la trompe, dans l'ovaire ou dans la cavité du bas-ventre (1). »

Cette citation de Baudelocque montre que malgré l'absence de données exactes sur l'ovulation et la fécondation, les accoucheurs de la fin du siècle dernier connaissaient la grossesse par « erreur de lieu » et même les trois principales variétés de grossesses ectopiques que l'on peut rencontrer. Baudelocque savait même que la variété la plus fréquente est la variété tubaire. « De ces trois espèces de grossesses par erreur de lieu, celle de la trompe paraît la plus ordinaire (2). » Mais je me hâte de dire qu'il confondait les grossesses ovariques avec les kystes dermoïdes de l'ovaire.

---

(1) BAUDELOCQUE. *Loc. cit.*, p. 179, t. I.
(2) BAUDELOCQUE. *Loc. cit.*, p. 515, t. II.

L'histoire de la grossesse extra-utérine a été l'objet de nombreux travaux dans le cours de ce siècle. Mais on peut et on doit diviser ces travaux en deux périodes bien distinctes : les premiers, effectués dans les trois premiers quarts de ce siècle, et ceux produits dans ces vingt-cinq dernières années. Les premiers ont ajouté peu de chose aux connaissances acquises antérieurement ; les derniers, au contraire, nous ont donné assez de matériaux bien étudiés pour qu'il soit permis, à l'heure actuelle, de faire plus qu'une ébauche en écrivant l'histoire de cet accident.

Ce résultat est dû, non seulement aux patientes et minutieuses recherches des accoucheurs et des gynécologues, mais aussi et surtout, quoique d'une façon indirecte, à l'apparition de deux plus grandes découvertes du siècle : l'anesthésie et l'antisepsie. L'application des deux facteurs qui permettaient d'ouvrir la cavité abdominale sans douleur et presque sans danger, jointe à l'audace, devenue légitime, des chirurgiens, firent que dans ces vingt-cinq dernières années, ont put *voir* la réalité de la fréquence des grossesses extra-utérines et les étudier dans des conditions particulièrement fructueuses au point de vue anatomo-pathologique.

Les cliniciens, à leur tour, multiplièrent leurs efforts pour agrandir et enrichir la symptomatologie et réussirent à ce point que l'opinion émise par Baudelocque, le 11 novembre 1791 (1), sous forme dubitative, à savoir « qu'on pouvait reconnaître, par le toucher, l'existence de ces sortes de grossesses et, pour ainsi dire, en déterminer le siège », est devenue une réalité courante.

Le diagnostic étant devenu facile, la thérapeutique fut précisée à tel point qu'à l'heure actuelle, quel que soit l'âge d'une grossesse extra-utérine que le médecin rencontre, ce dernier n'a aucune hésitation pour la conduite à tenir. Il sait que *toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention ;* intervention immédiate dans la première moitié de la

(1) BAUDELOCQUE, *loc. cit.*, p. 518. Autopsie d'une femme morte des suites d'une grossesse extra-utérine.

grossesse, expectation armée et intervention retardée jusqu'au terme quand le diagnostic n'a pu être fait que plus tardivement. C'est en agissant ainsi que nombre de femmes, qui mouraient autrefois, guérissent aujourd'hui, et que dans quelques cas déjà on a pu mener *méthodiquement* à terme des fœtus ectopiques et sauver ainsi la mère et l'enfant.

Je n'insiste pas davantage, et, après vous avoir signalé que l'influence heureuse de l'anesthésie et de l'antisepsie s'étendit également à la thérapeutique des grossesses compliquées de tumeur, je commence l'esquisse des progrès réalisés en accouchement. *(A suivre)*

DE LA DÉSINFECTION DES MAINS

Par **Edmond Wormser**
Premier assistant à la clinique gynécologique et obstétricale de Bâle.

La question de la désinfection des mains est à l'ordre du jour. Tandis que les uns sont absolument satisfaits des méthodes en usage, d'autres prétendent qu'elles sont défectueuses et ne se lassent pas d'en chercher de nouvelles. Dans cet état de choses, un ouvrage traitant à fond le sujet en discussion, en se basant sur de nombreuses recherches cliniques et expérimentales, doit être le bienvenu ; c'est le cas d'un livre qui vient de paraître et qui est dû au Dr Hägler, privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Bâle (1). Nous allons suivre les grandes lignes de cet ouvrage qui donne un aperçu critique des recherches faites pour trancher la question (2).

Après les travaux de Semmelweis et de Lister d'abord, de Kümmel et de Fürbringer ensuite, — ces derniers traitant plus spécialement de la désinfection des mains, — ce sujet paraissait définitivement classé, lorsque, plusieurs années s'étant écoulées, la question fut remise en discussion, surtout par les accoucheurs. Ceux-ci n'ont, en effet, pas à envisager les mêmes causes d'infection multiples que les chirurgiens ; ils étaient donc beaucoup plus enclins que ces derniers à accuser leurs propres mains, en cas d'insuccès qui arrivaient de temps en temps, malgré toutes les précautions. Et lorsque la bactériologie est venue prouver que toutes les plaies opératoires, même celles qui

---

(1) C. S. Haegler : *Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz*, 210 pages et 4 planches. Bâle, 1900.

(2) La plupart des indications bibliographiques de ce travail sont transcrites du livre du Dr Hägler, qui contient une bibliographie très complète.

guérissaient par première intention, contenaient des microbes, les chirurgiens aussi commencèrent à douter de l'efficacité de leurs mesures antiseptiques sur la peau humaine qui, seule de tout ce qui entrait en contact avec la plaie, ne pouvait être stérilisée à l'autoclave ou par ébullition.

Ces constatations ouvrirent le champ à un très grand nombre de recherches bactériologiques sur la peau humaine et sur l'efficacité des procédés de désinfection en usage. Avant d'entrer dans la discussion de ces travaux, M. Hägler parle des *méthodes* adoptées par les différents auteurs, le côté technique de ces recherches étant, comme chacun le sait, des plus difficiles et délicats. Pour ce qui concerne le procédé d'ensemencement de la main à examiner, il en existait deux de différente valeur. L'un, préconisé par Poten (1) et Mikulicz (2), consiste en l'impression du bout des doigts dans de la gélose. Poten lui-même ayant eu des géloses stériles avec des doigts *non désinfectés*, cette méthode doit définitivement être écartée, ne donnant que de faux résultats (3).

Fürbringer (4) a inauguré une autre manière d'agir, qui consiste à gratter l'épiderme avec des baguettes stériles taillées en pointe, pour pouvoir arriver aussi dans les replis de la peau aux environs des ongles ; ces baguettes sont ensuite placées dans des bouillons de culture ou dans de la gélose liquéfiée. Hägler reproche à cette méthode, qui est très répandue, de ne pas permettre l'examen des grandes surfaces des mains et de ne pas pénétrer suffisamment sous les ongles. Il l'a remplacée par un

---

(1) POTEN. *Die chirurgische Asepsis der Hände.* Berlin, 1897 et Versuche über Desinfection der Hände, *Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynæk.*, 1894, p. 90.

(2) MIKULICZ. Ueber die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen. *Centralbl. f. Chir.*, 2 juillet 1898, n° 29.

(3) Dans un travail récent (*Wiener klin. Wochenschr.* 1900, n° 35) FUCHSIG a, une fois de plus, démontré l'infériorité de ce procédé.

(4) FÜRBRINGER. *Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den pathologischen Charakter des Nagelschmutzes.* Wieshaden, 1888.

procédé à lui qui, certainement, est séduisant : un fil de soie stérilisé est passé, par des mouvements « en scie », sous tous les ongles ; puis, enroulé sur lui-même, on le frotte énergiquement entre les deux mains, entre les doigts, etc., de sorte que toutes les parties de la peau y passent ; après quoi, ce fil est placé dans une boîte de Petri remplie de gélose liquéfiée qui permet que les germes adhérents au fil se dispersent dans le liquide, de sorte qu'après solidification de la gélose ils soient isolés les uns des autres ; on peut ainsi compter le nombre des colonies, ce qui n'est pas possible avec le bouillon, par exemple. Paul et Sarwey (1), qui ont fait une série d'études très exactes sur la désinfection, ont également examiné ces trois modes de procédure pour l'ensemencement. Contrairement à Hägler, qui a eu des résultats positifs avec sa méthode alors que les deux autres en donnèrent de négatifs, les auteurs de Tubingue ont trouvé supérieur le procédé de Fürbringer. Je crois que c'est là surtout une question d'exercice et de bonne volonté, les deux procédés me paraissant bons s'ils sont consciencieusement appliqués.

On voit donc que la manière adoptée pour l'ensemencement est très importante, et le fait qu'Ahlfeld (2), dans ses nombreuses recherches, n'a opéré que sur un seul doigt, suffit déjà pour frapper ses résultats d'un doute légitime. Il y a une autre source d'erreur encore, sur laquelle Geppers (3) a, le premier, dirigé l'attention, c'est l'élimination imparfaite de l'antiseptique employé ; en effet, des traces du liquide désinfectant qui viennent, au moment de l'ensemencement, souiller le milieu de culture, suffisent à ce que les germes ne poussent pas ; on aurait, dans un cas pareil, naturellement un faux résultat. C'est

(1) PAUL et SARWEY. Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection III. Abhandlung. *Münchener med. Wochenschr.*, 1900, n° 27 et *Centralbl. f. Chir.*, 14 juillet 1900, p. 11.

(2) AHLFELD. Die Desinfection der Finger et der Hand vor geburtshilflichen. Untersuchungen und Eingriffen. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, n° 51.

(3) GEPPERS. Ueber desinficierende Mittel und Methoden. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, n°s 11, 12, 13.

pour cette raison que Hägler, comme nous le verrons plus bas, s'est limité à examiner la valeur antiseptique du sublimé qui est susceptible d'une élimination entière et complète (1).

Après cette sorte d'introduction, l'auteur passe à un autre chapitre préliminaire, encore peu élucidé et sur lequel il a fait lui-même une série de recherches, c'est la *localisation des microbes dans la peau*. L'examen de nombreuses coupes microscopiques de la peau ne lui donnant d'abord pas de résultats nets, Hägler eut l'idée d'imprégner la peau de doigts, qui, pour une raison ou une autre, allaient être amputés, d'*encre de Chine*, les plus petits éléments corpusculaires de ce liquide ayant le volume d'un staphylocoque. Il retrouva ces particules sur la coupe microscopique dans les couches *superficielles* de la peau, pénétrant un peu seulement le long des cheveux et dans les canaux des glandes sudoripares ; par contre, les moindres petites plaies accidentelles, fissures ou crevasses, étaient complètement et jusqu'au fond remplies de corpuscules noirs. L'expérience, répétée avec des cultures du staphylocoque blanc, donna le même résultat ; seulement, les microbes pénétraient un peu plus loin dans les canaux des glandes sudoripares. Dans la peau des mains *non préparées* préalablement, H. trouva également, à l'aide de méthodes de coloration spéciales, des microbes, surtout dans la gaine des cheveux et descendant jusqu'au niveau de l'embouchure des glandes sébacées. Ces germes ne se multiplient pas ; au contraire, les sécrétions normales arrivent à les éliminer plus ou moins ; cette action protectrice de l'organisme fait, par contre, complètement défaut dans les crevasses traumatiques qui ne manquent dans aucun cas et moins que partout sur la main du chirurgien (2).

---

(1) J'ajouterai que, comme Krönig et Paul (Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Giftwirkung und Desinfection. *Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskr.*, vol. XXV, 1. 1900), l'ont démontré, la manière de préparer les milieux de culture est très importante et doit être surveillée d'une manière rigoureuse.

(2) Une très jolie coupe, donnant l'illustration de ces faits et qui est reproduite sur la planche IV, provient du doigt d'un monsieur qui, ne faisant que

Nous savons donc *où se trouvent les microbes de la peau.* Il s'agit maintenant d'apprendre : d'abord, comment il faut faire pour s'en débarrasser ; ensuite, si nous y arriverons complètement.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la *partie mécanique* de la désinfection est de première importance. Pour pouvoir mieux étudier l'action du lavage mécanique, Hägler s'est servi de son épreuve à l'encre de Chine qui permet de juger « de visu » — à l'aide du microscope binoculaire (de Zeiss), qui donne des impressions stéréoscopiques vraiment surprenantes, l'effet des différentes phases de ce nettoyage. Ces phases sont les suivantes : 1° dégraissage ; 2° amollissement des couches superficielles de l'épiderme ; 3° enlèvement de ces parties par la brosse pendant le lavage, par l'essuie-mains stérilisé après. Hägler insiste avec raison sur la valeur d'une friction énergique à l'essuie-mains (en tissu grossier), des expériences lui ayant prouvé qu'il arrivait, par ce moyen, à détacher de la surface de la main un nombre de microbes dont il ne se serait pas douté. Pour ce qui est du *dégraissage*, il est indispensable afin de préparer le terrain aux antiseptiques ; tant que les microbes sont entourés et protégés par une couche de graisse, les solutions les plus toxiques ne sauraient les atteindre. Les matières grasses dissoutes doivent, naturellement, disparaître. L'éther, le chloroforme, etc., très bons dissolvants de la graisse, ne valent rien, parce qu'ils s'évaporent trop vite et déposent alors de nouveau sur la peau une partie de ce qu'ils viennent de dissoudre.

Après un dégraissage à fond (on l'obtient le mieux en se servant de plâtre ou d'argile), le simple lavage donna de meilleurs résultats bactériologiques que sans cette mesure ; les graisses qui se trouvent dans les sillons de la peau et qui y retiennent

---

des écritures, avait des mains très soignées ; à l'œil nu, on n'avait rien vu d'une fissure qui pourtant existait et s'était remplie d'encre de Chine. (Le doigt avait dû être désarticulé sur la demande de son porteur, pour contracture de Dupuytren récidivante.)

les impuretés empêchent donc un lavage exact; il faut les faire disparaître par la dissolution.

Le *savon*, surtout le savon mou de potasse, donne un bon dégraissage; en même temps, il amollit, à l'aide d'eau bien chaude, les parties superficielles de la peau (1). Il faut, naturellement, l'employer à l'aide de la brosse à main. Les *brosses* peuvent facilement être stérilisées; il n'y a donc pas lieu de les condamner, comme l'a fait Schleich (2), tant qu'on ne connaît pas de succédané capable, comme elles, d'enlever les parties ramollies de la peau et de nettoyer les moindres replis et les environs des ongles. On sait que Schleich a inventé et préconisé un savon à la poudre de marbre (Marmorstaubseife) avec lequel il prétend arriver à une stérilité absolue de la peau. Hägler a toujours trouvé le contraire, ainsi que tout récemment Paul et Sarwey (3) et aussi Krönig et Blumberg (4); on a pu découvrir, dans l'expérimentation de Schleich, assez de causes d'erreur pour expliquer ces résultats contradictoires.

Le nettoyage des environs des ongles est la partie la plus délicate de la désinfection; toutefois, il ne faut pas tomber dans l'extrême et négliger, pour les ongles, tout le reste de la main. Le difficile, c'est d'enlever les couches superficielles de la peau des espaces sous-unguéaux, ramollis par l'eau chaude, le savon et la brosse. Les ongliers employés généralement n'y arrivent pas entièrement. Hägler recommande de passer des fils de soie (ou de lin) sous chaque ongle, par des mouvements de scie; mais, comme il faut un fil pour chaque ongle ou un seul fil assez long pour permettre d'en passer toujours une nouvelle partie sous les 10 ongles, ce procédé est plutôt compliqué.

---

(1) PAUL et SARWEY. *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, n° 29, condamnent le savon mou, parce qu'il irriterait trop la peau.

(2) SCHLEICH. *Neue Methoden der Wundheilung*. Berlin, 1899.

(3) PAUL et SARWEY. *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, n° 30.

(4) KRÖNIG et BLUMBERG. *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, n°s 29 et 30.

L'épreuve à l'encre de Chine démontre que les mesures mécaniques n'arrivent pas à nettoyer les mains complètement, du moins, au sens microscopique du mot. Les expériences de ces dernières années l'ont prouvé aussi au point de vue bactériologique, on est donc forcé, pour atteindre les microbes qui demeurent dans les sillons profonds, dans les canaux normaux et traumatiques de la peau, d'user de liquides ayant une *action chimique:* les *antiseptiques*.

Tout d'abord, il convient de dire que, sans exception, les antiseptiques sont de nulle valeur *sans le lavage préalable* qui doit, par le dégraissage et le nettoyage des couches superficielles, préparer le terrain aux désinfectants, sans quoi ces derniers ne pourraient pas pénétrer jusqu'aux microbes. De tous les désinfectants, c'est l'*alcool éthylique* qui attire avant tout notre attention. Introduit par Fürbringer, préconisé par Reinicke, l'alcool a été désigné par Ahlfeld (1) comme antiseptique de premier ordre. L'explication de l'action désinfectante qui doit être incontestablement attribuée à l'alcool, a été donnée de manières très différentes. On connaît les expériences de Koch, qui a pu conserver vivantes des spores du bacille du charbon pendant quatre mois dans de l'alcool absolu ou dilué. Reinicke a pu cultiver des bactéries en faisant des ensemencements avec l'alcool qui avait servi à désinfecter la main, cette dernière paraissant être stérile après ce lavage. D'autres (2) ont montré que, même « in vitro », l'alcool absolu ou en dilution, et surtout le premier (3), n'arrivait pas à tuer

---

(1) AHLFELD et VAHLE. Die Wirkung des Alkohols bei der geburtshilflichen Desinfection. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, n° 51. — AHLFELD. *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 2e éd., p. 148 et suivantes. Leipzig, 1898. Der Alcohol als Desinficiens. *Monatssch. f. Geburtsh. u. Gyn.*, août 1899.

(2) SCHILL et FISCHER. Ueber die Desinfection des Auswurfs der Phthisiker. *Travaux de l'Office sanit. impérial*, 1884, vol. 2. — EPSTEIN. Zur Frage der Alkoholdesinfection. *Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr.* 1897, vol. 24, n° 1. — MINERVI. Ueber die bactericide Wirkung des Alkohols. *Ibid*, 1898, vol. 29, n° 1.

(3) HÆGLER explique ce fait, d'apparence paradoxale, de la manière sui-

les microbes qu'on y avait introduits. Hägler a également fait des expériences à ce sujet, et il arrive à la conclusion que l'alcool a bien une certaine force destructive vis-à-vis des microbes, en tant qu'il coagule l'albumine. On arrive donc à tuer par l'alcool certains bacilles d'une puissance vitale réduite, tandis que ce liquide n'est pas capable d'anéantir dans un espace de temps utile, les microbes de la peau qui sont plus résistants et plus à l'abri de l'influence directe de l'antiseptique. En effet, les expériences faites sur la main vivante confirmèrent en tout point le résultat de celles « in vitro ». D'accord en ceci avec Krönig (1), Leedham-Green (2), Menge (3) et Bumm (4), mais en désaccord avec Reinecke (5), Ahlfeld (5), Fürbringer (6), Poten (5), (la méthode de ces derniers auteurs n'étant pas à l'abri de tout reproche), Hägler trouve que la main brossée pendant cinq minutes à l'eau chaude et au savon, et frottée à l'essuie-mains stérilisé, brossée ensuite durant cinq minutes à l'alcool de 90 à 96°, et enfin baignée également pendant cinq minutes à l'eau stérilisée — méthode adoptée par les auteurs favorables à la théorie bactéricide de l'alcool — ne donne

---

vante: l'alcool agit par coagulation; naturellement, l'alcool absolu agit beaucoup plus vite et plus puissamment que ses solutions; or, dès qu'il entre, à l'état pur, en contact avec les cellules animales (donc, aussi avec les bacilles), il se forme à la surface de la cellule une couche d'albumine coagulée si forte qu'elle empêche toute pénétration ultérieure du liquide, tandis que l'alcool dilué ne trouve point cette barrière, puisqu'il agit plus lentement, de sorte que rien ne l'empêche de pénétrer jusqu'au centre de la cellule; d'où son action plus énergique, qui va du centre à la périphérie.

(1) Kroenig. Versuche über Spiritusdesinfektion der Hände. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 52 et *Centralbl. f. Chir.*, 14 juillet 1900, p. 21.

(2) Leedham-Green. Versuche über Spiritusdesinfektion der Hände. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1896, n° 23.

(3) Menge. Zur Vorbereitung der Hände vor aseptischen Operationen. *Münch. med. Wochenschr.*, 1898, n° 4.

(4) Bumm. Der Alkohol als Desinficiens. *Monatsch. f. Geburtsh. und Gynæk.*, sept. 1899, vol. X.

(5) *Loc. cit.*

(6) Fürbringer. Die neuesten experimentellen Grundlagen der Händedesinfection. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, n° 3.

point de cultures, il est vrai, *mais que cette stérilité n'est qu'apparente*. En voici la preuve : si les mains, préparées de la sorte et paraissant. comme on vient de le voir, vierges de bacilles. étaient, ensuite, lavées et frottées dans du sérum sanguin chaud, — ce qui imite le mieux les conditions réalisées pendant les opérations chirurgicales, — ce sérum contenait déjà, après cinq minutes, des microbes ; après quinze minutes, le cent. cube de sérum hébergeait de 1 à 30 germes, tandis que dans tous les cas (18) l'examen bactériologique de la peau, pratiqué à ce moment, prouvait que celle-ci n'était rien moins que stérile. Par des expériences « in vitro » et sur le vivant, l'auteur prouve une fois de plus que les effets spécifiques produits par l'alcool et dus à son action coagulatrice (1) ne disparaissent pas après un simple lavage de cinq minutes ; que donc les auteurs sus-cités, et en particulier Ahlfeld, ont obtenu des résultats erronés, faute de ne pas avoir attendu le laps de temps nécessaire avant de faire leurs ensemencements (2).

A ce moment-là les germes sont encore, en grande partie, retenus dans les couches superficielles de la peau par suite de l'action rétractrice de l'alcool ; dès que, par la suite, à l'aide de bains de sérum ou sous l'influence des sérosités vitales pendant l'opération, cet état change, les microbes redeviennent libres et peuvent pénétrer dans l'entourage.

J'ajouterai que Paul et Sarwey (3), dont j'ai déjà, à plusieurs

---

(1) D'après Hägler le microscope binoculaire donne l'aspect suivant d'une main ayant été brossée à l'alcool : les petits plis de la peau sont plus nombreux et plus fins ; les embouchures des glandes sudoripares et sébacées, ainsi que les fissures accidentelles de la couche cornée de l'épiderme, sont approfondies en forme d'entonnoir. Cela explique pourquoi des impuretés corpusculaires ne se laissent pas facilement enlever par l'alcool, moins bien que par le savon et l'eau chaude (épreuve à l'encre de Chine).

(2) Dans une nouvelle série d'expériences qu'il vient de publier (*Centr Bl. f. Gyn.* 10 novembre 1908) Ahlfed veut prouver que la main désinfectée d'après sa méthode reste stérile pendant *une heure* dans la plupart des cas. Mais là encore, il n'imite pas les conditions réalisées pendant une opération chirurgicale, de sorte que sa démonstration n'a qu'une valeur relative.

PAUL et SARWEY. *Münch. med. Wochenschr.*, 1899, n° 51.

reprises, pu citer les recherches minutieuses, arrivent exactement au même résultat : immédiatement après le lavage à l'alcool, dans 3 cas sur 12, stérilité absolue ; dans les 9 autres, il y eut un petit nombre de colonies ; sur les 12 cas où les mains séjournèrent, après ce lavage, dans un bain d'eau stérile à 42°, le résultat fut positif 11 fois ; enfin, les bouillons se troublèrent les 12 fois, lorsque les mains, après le bain d'eau chaude, avaient été frottées au sable stérile pour imiter plus ou moins les traumatismes (par les instruments, les fils, etc.) auxquelles les doigts sont exposés pendant la plupart des opérations. J'ajoute que les deux expérimentateurs ont enfermé leurs mains, pendant toute la durée de ces expériences, dans une cage vitrée stérilisée, pour éliminer la contamination par l'air qui peut devenir une source d'erreur.

Une substance ayant beaucoup d'analogie avec l'alcool et qui a été recommandée chaudement par Mikulicz (1), c'est la « teinture de savon » (Seifenspiritus), solution alcoolique de savon qui, d'après son promoteur, réunit les qualités des deux corps qui la composent, l'alcool et le savon, et permettrait non seulement de se passer d'eau pour la désinfection, — avantage réel en temps de guerre, — mais encore de tout agent antiseptique, de sorte que la procédure consiste simplement en un lavage et brossage de 5 minutes (2). Ce serait donc l'idéal d'un désinfectant ; malheureusement, vue de plus près, la chose perd de son prestige. Des travaux antérieurs de Reinecke (3) et

---

(1) MIKULICZ. Die Desinfection der Haut und der Hände mit Seifenspiritus *Deutsche med. Wochenschrift*, 1900, n° 24.

(2) Ces avantages expliquent qu'on n'ait pas cessé de chercher dans cette voie, sans toutefois arriver à mieux. Les dernières publications sur ce sujet sont : VOLLBRECHT : Seifenspiritus in fester Form zur Haut-und Händedesinfection, XXXIe Congrès de chirurgie à Berlin. Voir *Centralbl. f. Chir.*, 14 juillet 1900, p. 14. LEWSCHIN. De la désinfection des mains et du champ opératoire par un savon de potasse oléinique dissous dans de l'alcool méthylique. *Vratsch*, n° 29 (Analysé in *Deutsche med. Wochenschr.*, *1900*, n° 32).

(3) *Loc. cit.*

de Landsberg (1) (ce dernier ayant expérimenté avec le « spiritus saponatus Hebrae », ce qui ne fait pas de différence) avaient déjà donné des résultats peu engageants. Hanel (2), assistant de Mikulicz, qui naturellement recommande le produit de son maître, a travaillé avec des méthodes trop défectueuses (de toute la main, il n'a examiné que les espaces sous-unguéaux) et malgré cela, il n'a eu, dans une des séries d'expériences, que 40,2 p. 100 de stérilité des mains. Les résultats de Hägler, confirmés par ceux de Paul et Sarwey (3), ne permettent pas de partager l'optimisme du professeur de Breslau. Tout comme l'alcool dont il est composé, son succédané n'arrive qu'à une bonne asepsie immédiate, mais qui ne dure pas.

Arrivons aux *liquides antiseptiques* proprement dits. J'ai déjà remarqué, en passant, que pour pouvoir examiner les effets d'un antiseptique, à moins de faire des essais sur animaux, il y avait une « conditio sine quâ non », c'est de ne pas introduire, dans le bouillon de culture, en même temps que les pellicules d'épiderme, des traces du liquide toxique qui, sans cela, empêchent le développement des microbes ; il faut donc qu'il soit possible d'extraire, après la désinfection, tout ce qui reste de l'antiseptique sur la peau. Or, nous ne connaissons aucune substance capable d'extraire les *phénols* (c'est-à-dire l'acide phénique, le lysol, les crésols, etc.), de sorte que l'auteur s'est borné à l'examen du *sublimé*.

Qu'il me soit permis, avant de parler de ce dernier antiseptique, de dire un mot d'une méthode de désinfection que j'ai vu appliquer dans un grand nombre de services à Paris et que Hägler passe sous silence : celle au *permanganate de potasse*, recommandée par H. A. Kelly (4). La décoloration se fait au

(1) LANDSBERG. *Zur Desinfection der Haut mit besonderer Berücksichtigung der Hände*. Thèse de Breslau, 1888.

(2) HANEL. Ueber die Wirkung des Spiritus saponatus officinali sauf Mikroorganismen und seine Verwendbarkeit sur Desinfection der Hände und Haut. *Beiträge zur klin. Chir.*, vol. 26, mars 1900.

(3) PAUL et SARWEY. *Münch. méd Wochenschr.*, 1900, n° 28.

(4) H. A. KELLY. Handdesinfection. *Americ. journ. of obstetr. and dis. of wom. and children.*, 1891, vol. XXIV n° 12.

bisulfite ou à l'acide oxalique qu'on peut neutraliser, pour l'ensemencement, en trempant la main dans de l'eau contenant de la baryte. A en juger d'après la récente discussion à la Société de chirurgie de Paris, il semble qu'on en soit revenu, pour appliquer plutôt la méthode de Fürbringer. Il est vrai que Reinecke (1) avait fait une expérience avec cette substance qui avait donné un mauvais résultat. Mais Paul et Krönig (2) ont repris l'idée ; seulement, ils additionnent le permanganate d'acide chlorhydrique et s'abstiennent de faire une décoloration. Döderlein (3) a essayé de suivre ces prescriptions ; il a trouvé que la désinfection était bonne au début de l'opération, mais que peu à peu, au cours de l'intervention, la coloration de la main devenait plus claire et qu'en même temps l'asepsie de la peau se perdait, de sorte qu'à la fin il y avait autant de germes qu'avec toute autre méthode de désinfection.

Hägler semble donc ne pas avoir tort en se bornant à examiner l'action du sublimé, parce que c'est certainement un des plus puissants antiseptiques, de sorte que les résultats obtenus là peuvent être appliqués, sans commettre de faute, à tous les autres produits bactéricides.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le sublimé répond à la condition primordiale de pouvoir être éliminé après son application ; l'excédent de l'antiseptique qui reste sur la peau sans être en contact intime avec l'albumen des cellules, peut être neutralisé, de sorte qu'on n'ait pas à craindre que même des traces de sublimé puissent être introduites, avec le produit du raclage de l'épiderme, dans les milieux de culture.

En effet, le sulfure d'ammonium, produit absolument inoffensif pour les microbes, le décompose en sulfure de mercure qui, par la coloration en noir de tout ce qui contenait du sublimé,

---

(1) *Loc. cit.*

(2) PAUL et KRÖNIG. Die chemischen Grundlagen von der Lehre der Giftwirkung und Desinfection. *Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1897, vol. XXV.

(3) DÖDERLEIN. Die Bacterien aseptischer Operationswunden. *Münch. med. Wochenschr.*, 27 juin 1899, p. 853.

permet le contrôle, à l'œil nu ou à l'aide de la loupe, de l'action de cet antiseptique. C'est ainsi que Hägler a pu constater qu'après une désinfection en règle (mais sans alcool), le sublimé se trouvait seulement dans les couches *superficielles* de l'épiderme, qu'il ne pénétrait pas jusqu'au fond des crevasses naturelles et traumatiques de la peau, ces parties n'ayant pas été suffisamment dégraissées, et, enfin, que la couche imprégnée de sublimé pouvait être enlevée, en partie, par les manipulations au cours de l'opération, par exemple en serrant des fils de ligature, à la suite de quoi était mise à nu une couche de peau non désinfectée. Les mêmes expériences répétées après un lavage à l'*alcool* donnèrent des résultats qui, sans être parfaits, étaient pourtant beaucoup plus favorables. En effet, l'alcool, à côté de ses propriétés dissolvantes pour les graisses, exerce encore une action déshydratante sur les tissus. Les cellules ainsi privées d'eau attirent la solution aqueuse de sublimé beaucoup plus avidement que sans l'influence préalable de l'alcool. C'est là, du moins, l'explication donnée par Hägler de ce phénomène assez curieux que l'alcool seul n'est pas un antiseptique bien puissant, mais qu'il prépare à merveille le terrain pour la solution aqueuse de sublimé (ou de n'importe quel autre désinfectant). Tout récemment, une autre opinion a été émise à ce sujet : Egbert Braatz (1) croit que le rôle préparateur de l'alcool est dû à sa faculté de chasser mieux que tout autre liquide les *bulles d'air* qui se trouvent dans la peau et qui interdiraient l'accès aux antiseptiques ; il a institué, à l'appui de sa théorie, quelques jolies petites expériences. Très probablement, les deux explications sont justes, l'action de l'alcool étant plus complexe qu'on ne l'aurait cru. Une désinfection soit au *sublimé*, soit à tout autre antiseptique, ne donnera, d'après ce qui vient d'être dit, de bons résultats que si les trois conditions suivantes

(1) E. Braatz. Ueber eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Alkohols bei seiner Verwendung zur Händereinigung. *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, n° 29.

sont remplies : si le dégraissage a été bien fait, si les parties superficielles ont été suffisamment amollies et si, par des moyens mécaniques (brosse, onglier, essuie-mains) ces couches qui contiennent le gros des souillures, ont été enlevées. Sans ces précautions, le lavage au sublimé est absolument inefficace ; si elles sont bien observées, on n'arrive pas à l'idéal, puisqu'il est impossible de dégraisser *complètement* le fond des crevasses naturelles et surtout traumatiques de la peau, mais on atteint à un degré *suffisant* de stérilité pour l'usage journalier et dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire si les mains ne sont pas souillées par un contact septique. Sur 84 observations, Hägler a trouvé la stérilité des mains (le sublimé ayant été éliminé par le sulfure d'ammonium, cela va sans dire) dans 81 pour 100 des cas, ce qui est déjà un fort joli résultat.

Mais ce qui importe surtout, ce n'est pas d'apporter à l'opération une main stérile, c'est de la *conserver telle* pendant toute la durée de l'intervention ! Or, les expériences de ces dernières années, inaugurées par Doederlein (1) et Brunner (2), ont prouvé que cela n'était nullement le cas ; Gottstein, Krönig et Blumberg (3) ainsi que Schwartz et Marmorek (4), Terrier et Morax (5), Paul et Sarwey (6) sont arrivés au même résultat. L'opinion première de Doederlein, à savoir que les germes qu'on

---

(1) DOEDERLEIN. Bacteriologische Untersuchungen über Operationshandschuhe. Comptes rendus de la Société allemande de chirurgie, 1898, et *Beiträge zur Geburtsh. und Gyn.*, vol. 1.

(2) C. BRUNNER. Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung, 1re partie, Frauenfeld, 1898.

(3) GOTTSTEIN et BLUMBERG. Inwieweit können wir unsere Hände sterilisieren ? *Berliner klin. Wochenschr.*, 1899, n° 34.

GOTTSTEIN. Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis. *Beiträge zur klin. Chir.*, vol 25, 1899.

KROENIG et BLUMBERG. *Beiträge zur Händedesinfektion.* Leipzig, 1900.

(4) SCHWARTZ. Comptes rendus de la Société de chir. de Paris. *Revue de chir.*, août 1900.

(5) TERRIER. Ibid., *Semaine méd.*, 30 mai 1900.

(6) PAUL et SARWEY. *Münch. med. Wochenschr.*, 1899, n° 51, etc.

trouvait au cours de l'opération sur la peau (ou dans le gant de fil dont elle était recouverte) provenaient de l'air et non pas de la main désinfectée, a été rejetée par Kustner (1) ainsi que par Hägler qui, indépendamment l'un de l'autre, ont fait la même expérience décisive avec le même résultat. Une main désinfectée au point de ne donner plus de résultat à l'ensemencement et recouverte d'un gant de fil, fait bientôt passer des microbes dans le gant ; le gant, mis par-dessus un gant imperméable, contiendra, après le même laps de temps, *très sensiblement moins* de germes que le premier. Les microbes qu'on y trouve dans ce cas-là, proviennent de l'air ou de la bouche des personnes à proximité, mais la grande différence dans le nombre des germes trouvés dans les deux cas est due à la peau soi-disant désinfectée (2). C'est là, me semble-t-il, la meilleure preuve qu'on n'arrive pas, avec les méthodes connues jusqu'à ce jour, à aseptiser la peau d'une manière complète et définitive.

Les défenseurs de la théorie « positiviste », par là j'entends ceux qui croient à la possibilité de la désinfection absolue par les méthodes actuelles ne sont pas tous prêts à désarmer devant les faits pourtant bien établis. Tout d'abord, disent-ils, nous avons déjà plus d'une fois opéré un cas aseptique peu après avoir contaminé nos mains, et le malade a guéri. C'est là le raisonnement de Schleich (3), de Bazy (4) et de tant d'autres. On n'a qu'à leur répondre que des cas isolés ne prouvent rien, que même du temps où l'on ne connaissait ni microbes ni désinfection, des opérés guérissaient, et toutes les femmes accouchées artificiellement ne mouraient pas non plus. Cela démontre simplement que l'organisme n'est pas un simple bouillon de culture, qu'il a des forces défensives contre l'invasion des microbes sur

(1) Voir *Centralbl. f. Gynaek.*, 3 juin 1899, p. 649.

(2) D'ailleurs, DOEDERLEIN a reconnu son erreur et a refait l'expérience de KUSTNER avec le même résultat que celui-ci. (Voir *Munch. med. Wochenschr.* 30 mai 1899, p. 745.)

(3) *Loc. cit.*

(4) Comptes rendus de la Société de chirurgie de Paris, 22 mars 1899 ; 25 avril et 31 octobre 1900 ; *Semaine méd.*, 1899, p. 109, 1900, p. 153 et 336.

lesquelles on peut compter en général, mais pas toujours, et c'est précisément à cause de ces derniers cas, dans lesquels la faculté destructive du corps vis-à-vis des germes est amoindrie pour une cause connue ou non, qu'on est forcé d'être minutieux. Au cours de la récente discussion au sein de la Société de chirurgie de Paris, Nélaton (1) a rapporté une observation qui est une preuve éclatante de ce que je viens d'avancer : quatre jours après avoir fait le curettage chez une femme atteinte de tétanos puerpéral, il fit une opération aseptique et sa malade mourut de tétanos!

Ensuite, ils disent que leurs résultats sont bons. Il faut répliquer que les résultats de deux chirurgiens ne se laissent pas comparer au point de vue d'un seul facteur; il y a là toute une série de circonstances (je ne nommerai que la technique opératoire comme étant la plus importante) qui influent sur les résultats. On ne pourra donc comparer que les succès du même opérateur avant et après le changement des mesures antiseptiques. Or, sur ce point, il n'y a pas de doute. Plus un chirurgien est minutieux, meilleurs seront ses résultats.

Les statistiques sont là pour le prouver : M. Hartmann (2) note pour les laparotomies dans les années 1896 à 1897 une mortalité de 4,77 p. 100, au lieu de 21,08 p. 100 de 1883 à 1890, cette amélioration étant due, en partie, au passage de l'antisepsie à l'asepsie. — Mikulicz (3) a constaté un abaissement de la proportion des plaies infectées de 16 à 5 p. 100 à la suite de l'emploi des gants de fil; à la suite de cette même innovation, Eiselsberg (4) n'a eu que 5 p. 100 d'infections au lieu de 10; Dœderlein (5), au lieu de 15 p. 100 de morbidité en couches, a

---

(1) *Revue de chir.*, 10 août 1900.

(2) H. HARTMANN. Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, sept. 1899.

(3) MIKULICZ. *Centralbl. f. Chir.*, 2 juillet 1898, p. 29.

(4) EISELSBERG. *Ibid.*, p. 38.

(5) DŒDERLEIN. Congrès de la Société allemande de gynécologie en 1899. (Voir *Münch. med. Wochenschr.* 1899, p. 745, et *Semaine méd.*, 1899, p. 196.)

vu s'abaisser ce chiffre à 8 p. 100 (en déduisant les cas de fièvre due à une cause extra-génitale, il n'en reste plus que 2 p. 100) après l'introduction de l'usage des gants de caoutchouc pour le toucher vaginal ; on voit que tout n'est pas dit avec la mortalité d'un service. Une bonne antisepsie se traduit surtout par les guérisons par première intention (où il n'y a pas une trace de sécrétion, pas un seul canal de suture rougi), par une convalescence des plus rapides, par des suites opératoires éloignées excellentes ; tout cela ne perce pas dans une statistique sommaire d'un service hospitalier et je doute fort que ceux qui font alternativement et sans gants de caoutchouc des opérations septiques et aseptiques puissent comparer ces détails à ceux des services dans lesquels on est strict sous ce rapport. Je puis citer à l'appui de cette thèse l'opinion de Lejars qui, à l'occasion de la discussion au sein de la *Société de chirurgie*, a dit avoir constaté que ses malades guérissaient beaucoup plus facilement, d'une façon *plus parfaite* qu'avant l'usage des gants de caoutchouc (1).

Ayant bien vu que les arguments que je viens d'énumérer et de réfuter ne suffiraient pas à soutenir leur thèse, les croyants de la désinfection ont essayé l'expérimentation. J'ai déjà dit pourquoi les expériences d'Ahlfeld et de Schleich, pour ne nommer que celles qui ont fait le plus de bruit, avaient donné de faux résultats, qui étaient aussitôt contredits par tous les auteurs ultérieurs ayant travaillé avec des méthodes sans reproche. J'ai montré dans un récent article (2) que les expériences relatées par Bazy (3) ne répondaient pas aux conditions de la pratique. Il me reste un mot à dire des expériences de Pierre Delbet (4). Je n'ai eu à ma disposition que des comptes rendus assez succincts de sa communication ; ils ne contenaient

(1) *Société de chirurgie*, séance du 4 juillet 1900. *Presse méd.*, 1900, n° 54.

(2) E. Wormser. De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique. *Semaine médicale*, 20 juin 1900, p. 209.

(3) *Société de chirurgie*, séance du 16 mai 1900. *Semaine méd.*, 1900, p. 176.

(4) *Société de chirurgie*, séance du 11 juillet 1900. *Sem. méd.*, p. 243, et *Revue de chir.*, 10 août 1900.

rien au sujet des détails de l'ensemencement pourtant si importants, comme nous l'avons vu. Mais cet auteur n'imite pas non plus les conditions réelles : après avoir lavé ses mains infectées, il les recouvre de gaze stérile et, après vingt minutes, fait l'ensemencement. Or, pendant ce temps, les mains ont dû sécher et c'est un fait prouvé (Hägler, Paul et Sarwey) et d'ailleurs très plausible que la peau *sèche* ne permet d'enlever que très peu de germes, alors que, humectée, elle en donne de suite en abondance. De plus, les mains ont été tenues tranquilles, elles n'étaient exposées à aucun des traumatismes légers ou grossiers que subit toute main au cours d'une opération et qui facilitent le passage des microbes. Pour ne citer qu'un exemple : le fait de serrer un fil de ligature n'est-il pas le moyen le plus sûr pour faire jaillir hors des pores de la peau tout ce qu'ils contiennent ? Le sillon profond qui en résulte donne la réponse assez clairement. Or, des expériences qui ne tiennent pas compte de cela ne répondent pas aux conditions réalisées dans la pratique et doivent céder le pas à celles qui imitent mieux la réalité ; aussi, ne ferai-je que rappeler que les résultats de Pierre Delbet se trouvent être en contradiction absolue avec les expériences minutieuses que j'ai eu à rapporter plus haut. En ce qui concerne son opinion sur la provenance des germes constatés sur les mains à la fin de l'opération, qu'il croit tombés de l'air, cela est encore contredit par les expériences tout à fait concluantes sur les gants de Küstner et de Hägler que j'ai déjà citées, ainsi que par les résultats de Sarwey et Paul, qui ont opéré dans une cage vitrée où l'air ne pénétrait pas (1).

Je ne crois donc pas qu'on ait le droit de nier ces deux faits : *qu'une désinfection absolue et persistante est impossible et*

(1) Je ne puis me prononcer sur les expériences rapportées tout récemment par M. Valther (*Société de chirurgie*, séance du 24 octobre), n'ayant lu qu'une courte analyse de sa communication. Mais je ne tairai pas que les résultats obtenus 3 fois sur 6, stérilité des mains jusqu'à la fin d'une opération de quelque durée, sont trop bons pour ne pas éveiller un scepticisme légitime.

que les germes qu'on n'arrive ni à chasser ni à tuer peuvent infecter la plaie.

Cela a été reconnu, par des esprits éclairés, il y a longtemps déjà. On a, en conséquence, eu l'idée assez naturelle, d'éliminer la source d'infection que représente la peau, en la *couvrant*. Hägler rappelle que ce fut Unna (1) le premier qui y pensa en donnant le conseil de les couvrir d'une couche de savon et que Halstead (2) en 1891 déjà fit mettre des gants de fil stérilisés à l'aide qui lui passait les instruments. Puis, ce fut Zoege-von Manteuffel (3) qui préconisa des gants de caoutchouc ; mais, étant très épais, ceux-ci gênaient les mouvements et le toucher. Les gants de tissu [gant de fil de Mikulicz (4), gant de soie de Perthes (5)] sont perméables, dès qu'ils deviennent humides et n'ont donc aucun avantage, à moins qu'on les change très souvent, ce qui est trop compliqué. Pour parer à cet inconvénient, Menge (6) a employé le gant imbibé de paraffine. Hägler a trouvé qu'au bout de dix minutes déjà, la barrière formée par la paraffine était percée. Le gant de peau, avec lequel opère Wölffler (7), donne certainement plus de sûreté, mais il n'y a pas imperméabilité complète, comme Wölffler lui-même le reconnaît et comme Hägler le confirme. Le gant qui seul répond aux conditions posées est le *gant de caoutchouc fin et lisse et sans sutures*, inauguré par Friedrich (8). Avec un peu de précau-

---

(1) *Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, p. 557.

(2) HALSTEAD. *The John Hopkin's Hospital Reports*, vol. II, n° 5, Baltimore, 1891.

(3) ZOEGE-VON MANTEUFFEL. Gummihandschuhe in der chirurgischen. Praxis. *Centralbl. f. Chir.*, 1897, n° 20.

(4) MIKULICZ. *Loc. cit.*

(5) PERTHES. Operationshandschuhe. *Centralbl. f. Chir.*, 1897, n° 26.

(6) MENGE. Zur Vorbereitung der Hände vor aseptischen Operationen. *Münchener med. Wochenschr.*, 1898, n° 4.

(7) WÖLFFLER. Ueber Operationshandschuhe. *Beiträge zur klin. Chir.*, vol. 19, 1897.

(8) P. L. FRIEDRICH. Kurze Bemerkungen zum Gebrauch dünner, nahtlöser Gummihandschuhe für gelegentliche Operationszwecke. *Centralbl. f. Chir.*, 30 avril 1898, n° 17.

tions, avec la stérilisation non par ébullition, mais à l'autoclave, ce qui permet de le conserver et *de le mettre à sec*, — en y introduisant, avant la stérilisation, une pincée de poudre de talc, — on arrive à conserver le même gant, malgré la friabilité du caoutchouc fin, pendant 2 ou 3 opérations, de sorte que le point de vue économique n'est pas un obstacle à l'introduction de cet auxiliaire précieux de l'asepsie opératoire dans la pratique journalière. Hägler les recommande surtout lorsqu'on opère avec des mains dont la peau n'est pas absolument intacte (vu que, dans ce cas, toute désinfection est illusoire) et encore pour la fin de l'opération, pour la pose des ligatures et sutures, étant donné qu'à ce moment les mains ne sont plus du tout aseptiques et que les microbes qui s'y trouvent sont introduits par les fils au sein même de la plaie.

Dans mon article déjà cité, j'ai fait ressortir tous les avantages que présente l'emploi des gants de caoutchouc. Mais ils ont aussi des inconvénients — ils se déchirent facilement, si l'on est pas très soigneux ; ils gênent, légèrement il est vrai, mais toujours un peu, le toucher ; ils sont très glissants, de sorte qu'on a de la peine à fixer un organe à surface lisse entre les doigts (1) — et ces défauts, si insignifiants qu'ils soient en comparaison des grands services rendus par les gants, ont conduit à chercher, dans le même ordre d'idées, d'autres moyens pour empêcher le contact direct entre la peau et la plaie : *les vernis*. En effet, il est hors de doute qu'un vernis qui serait réellement imperméable, qui supporterait, sans présenter la moindre fissure, toutes les influences chimiques et physiques auxquelles est soumise la main pendant une opération, qui serait assez mince pour ne gêner ni les mouvements, ni le toucher, qui serait facile à appliquer et facile à enlever, avec cela aseptique et bon marché, il est hors de doute, dis-je, qu'un vernis pareil représenterait l'idéal recherché, recherché avec tant de

(1) Pour parer à ce dernier inconvénient, BLUMBERG (*Centralbl. f. Chir.*, 14 juillet 1900, p. 17) a fait donner aux gants une surface rude à tous les endroits qui servent à saisir ou à tenir les objets.

zèle, que tout récemment, dans l'espace de peu de semaines ont paru quatre travaux sur ce sujet! Nous avons déjà rappelé le conseil donné par Unna de recouvrir la peau d'une couche de *savon ;* seulement, cette couche ne tarde pas à se dissoudre au cours de l'opération, comme cela était à prévoir, d'ailleurs. Le même sort est réservé à la couche de *cire* qui, après le lavage au savon de Schleich, doit rester sur la peau et devrait former, d'après l'expression de l'inventeur, « un gant microscopique », tandis que la couche de *paraffine*, préconisée par Menge, donne de meilleurs résultats : mais là, les petits traumatismes que subit la main pendant l'opération suffisent, d'après Hägler, à battre en brèche la couche protectrice.

Ces influences physiques, traumatiques, provenant des mouvements souvent forcés des doigts, du frottement de la surface de la main aux instruments, aux serviettes en gaze, aux bords de la plaie, aux parties dures et pointues (squelette), etc., auxquelles devrait résister un bon vernis, constituent la principale difficulté ; c'est pourquoi Hägler, qui a lui-même fait des essais, avec la *gutta-percha*, essais qui ont également échoué, est conduit à condamner « a priori » toutes ces tentatives. Il se pourrait, cependant, à mon avis, qu'on trouvât un vernis qui adhère plus solidement, quoique, jusqu'à présent, on n'ait pas encore réussi complètement.

C'est ainsi que Kossmann (1) prétend avoir pu jouer aux quilles, la main recouverte d'un vernis qu'il recommande et auquel il a donné le nom de « chirol » et que seulement à la vingtième boule la couche artificielle avait disparu à l'extrémité d'un doigt ! Schäffer (2), qui a fait des expériences avec le « chirol » également, est arrivé à un tout autre résultat. D'abord, le vernis a mis de huit à dix minutes pour sécher, alors que Kossmann avait promis une dessiccation suffisante en deux ou trois minutes ; ensuite, et c'est là l'important, il n'avait qu'à frotter à plusieurs

(1) Kossmann. Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände et des Operations Gebietes mittels des Chirols. *Centralbl. f. Chir.*, 9 juin 1900, n° 23.

(2) Schaffer. Ueber Chirol. *Centralbl. f. Chir.*, 4 août 1900, n° 31.

reprises le bout des doigts ou simplement à les appuyer fortement sur un linge, pour pouvoir enlever de grandes parties du vernis. Kossmann vient de répondre (*Centralbl. f. Chir.*, 22 sept.) en infirmant la valeur des expériences de Schäffer, qui n'aurait pas suivi toutes les prescriptions nécessaires pour arriver à un bon résultat.

Evler (1) qui a expérimenté avec le chirol et avec d'autres produits analogues, arrive à la conclusion que les différents collodions employés ne forment pas une couche suffisamment protectrice parce qu'ils se laisseraient traverser par les sécrétions cutanées (la sueur, etc.) et, avec elles, par des germes vivants. Des solutions antiseptiques, additionnées aux collodions résineux, ne suffisent pas pour tuer les germes pendant leur passage.

Enfin, J. Lévai (2) a publié ses recherches laborieuses pour trouver un vernis solide ; si l'on doit le croire, il a réussi et son vernis, dont il donne la recette exacte, et avec lequel il a fait des essais de chirurgie pratique pendant un an, répondrait à toutes les exigences ; mais il n'existe pas encore d'expériences de contrôle, de sorte qu'il serait prématuré de crier victoire.

En tout cas, c'est là un champ d'investigation plein de promesses et qui, à défaut d'une méthode de désinfection absolue, sera appelé à placer ce dernier anneau à la chaine de nos mesures antiseptiques qui nous manque encore parce qu'il est impossible de stériliser la peau humaine.

Revenons au livre du Dr Hägler, qui, dans sa dernière partie, traite la question importante de la *prophylaxie*. La première condition pour avoir les mains « propres » c'est d'éviter tout contact septique et, par ce mot, l'auteur entend tout ce qui est susceptible de déposer, sur la peau, des microbes pathogènes. Or, comme on trouve ces derniers, et surtout le staphylocoque,

---

(1) Evler. Antiseptische Harzcollodiumlösungen und Improvisieren der regelrechten Handedesinfection. *Fortschr. d. Medic.*, juin 1900, n° 23.

(2) J. Lévai. Ueber Sterilisation der Hände mittels eines wasserdichten, elastischen, sterilen Firnisüberzuges. *Centralbl. f. Chir.*, 21 juillet 1900, n° 29.

presque partout et, ce qui importe au chirurgien, *toujours dans les salles de malades*, les pièces de pansement, etc., on est certain d'en avoir aux mains d'une manière constante, et non pas seulement à la suite d'une souillure brutale. (Dans ce dernier cas, une désinfection faite *de suite* et à fond, aura, en général, un bon succès.) Une jolie expérience de l'auteur donne l'illustration de ces faits. A la suite de travaux de laboratoire, ses mains étaient devenues rudes et, quoiqu'il évitât tout contact louche, elles contenaient toujours, à côté des saprophytes, le staphylocoque doré. Survint une période de vacances, pendant laquelle des soins cosmétiques remirent les mains en parfait état. De retour, l'auteur mit des gants de peau pour toutes ses occupations à l'hôpital et à sa consultation particulière et il ne les ôta que pour des opérations aseptiques. L'effet de ces mesures fut éclatant : les mains ne contenaient que très peu de germes et plus du tout de staphylocoques. Hägler insiste, dans un chapitre spécial, sur les soins à donner aux mains pour empêcher que la peau devienne rude et qu'il se produise des fissures, car dans les deux cas une désinfection est tout à fait impossible. Les plus petites fentes, piqûres, blessures, en un mot chaque déhiscence de l'épiderme forme une cachette, où les microbes entourés de graisse sont à l'abri de toute influence mécanique et chimique. Or, ces crevasses sont justement, souvent, la suite de la désinfection trop rigoureuse ! Les mesures préconisées par Hägler pour parer à l'effet nocif des méthodes désinfectantes, sont les suivantes : 1° enlever, l'opération une fois terminée, tout ce qui reste encore du liquide antiseptique sur la peau par des lavages à l'eau chaude et au savon, ou mieux encore, avec une infusion de son qui extrait mieux le sublimé (et qui empêche aussi la coloration en noir des ongles) ; 2° ne pas multiplier, outre mesure, les désinfections des mains ; on peut parfaitement s'en passer pour changer des pansements, pour les opérations septiques, pour l'examen gynécologique simple, etc. : 3° remplacer la graisse de la peau enlevée par le savon et l'alcool, en se frottant énergiquement, le lavage post-opératoire terminé, et les mains sèchées, avec un onguent graisseux quelconque.

Si tout cela ne suffit pas pour conserver la peau lisse et élastique, on baigne les mains fréquemment dans l'infusion de son, on les graisse et, pour la nuit, on recouvre la main enduite de pommade d'un gant de peau. Les soins cosmétiques de la peau des mains doivent faire partie des petites habitudes journalières du chirurgien.

Voici le contenu de ce livre rempli d'expériences originales et critiques, voici aussi l'état de la question telle qu'elle se présente aujourd'hui. Demain, peut-être, sa face aura déjà changé. Comme on l'a vu, bien des points sont encore en discussion, loin de réunir les suffrages unanimes. Mais ces controverses sont fécondes; c'est d'elles que jaillira la lumière, pour le plus grand bien des malades qui se confient à notre bistouri.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

Péritonite mortelle, par irruption dans le péritoine, à travers l'ostium abdominale, du contenu d'une salpingite suppurée, chez une femme enceinte de trois mois.

Par MM. **Gosset** et **Monchotte**.

Nous avons eu occasion d'observer récemment, dans le service de Clinique chirurgicale de M. le professeur Terrier, une complication intéressante et relativement rare des salpingites suppurées : l'évacuation du contenu purulent à travers l'orifice abdominal. L'intérêt de ce cas est encore augmenté de ce fait, que la complication est survenue au cours de la grossesse.

L. S..., âgée de 26 ans, entre le vendredi 4 mai 1900, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Terrier, salle Lisfranc, lit n° 16 *bis*.

La malade a été réglée à 16 ans, et toujours régulièrement. Un an avant l'établissement des règles, pertes blanches abondantes. Premiers rapports sexuels à 18 ans.

1re *grossesse* à 19 ans. Accouchement à terme. Présentation du siège. Enfant mort pendant le travail. Suites de couches normales.

2e *grossesse* à 20 ans. Accouchement à terme. Présentation du sommet. Enfant né vivant.

Trois semaines après cet accouchement, la femme commence à souffrir dans le côté droit du ventre. Elle ne perd ni en blanc, ni en rouge. A l'Hôtel-Dieu, où elle va consulter, on lui prescrit des injections et on lui met des tampons vaginaux glycérinés. L'état s'améliore.

3e *grossesse* à 23 ans. Accouche à terme à la clinique Baudelocque le 7 avril 1897. Présentation du sommet. Albumine et petites crises con-

vulsives pendant le travail. Enfant élevé au sein maternel, mort à 32 mois de broncho-pneumonie. Suites de couches normales.

4e *grossesse* à 25 ans. Fausse couche de 3 mois. Après cette fausse couche, la malade perd du sang pendant plusieurs mois, elle souffre beaucoup du côté droit du ventre, tandis qu'elle ne ressent rien du côté gauche. Les mouvements, la marche ont de douloureux retentissements à droite. Une sage-femme applique des tampons vaginaux.

Mais les douleurs et les pertes de sang persistant, la malade se décide à entrer à l'hôpital et se présente à Bichat en août 1899, soit quatre mois après sa couche.

A Bichat on lui fait un curettage et bientôt elle peut sortir très améliorée. Cependant depuis le curettage les règles, qui antérieurement étaient indolores, deviennent douloureuses. Cet état persiste jusqu'en janvier 1900, date à laquelle la cessation des règles marque le début d'une 5e grossesse.

5e *grossesse, grossesse actuelle.* Dernières règles, 20 au 29 janvier 1900.

Pendant les 2 premiers mois, vomissements très fréquents, céphalée, étourdissements, une syncope même. En même temps la femme éprouve dans le côté droit du ventre des douleurs continuelles, surtout pendant la marche et cessant dans le décubitus horizontal. Pas de pertes blanches, pas d'hémorrhagie.

Au 3e mois, l'état s'améliore, les doulenrs abdominales cessent.

Mais le samedi 28 avril la femme est prise de troubles gastriques ; pesanteur d'estomac, vomissements ; elle a de la diarrhée et souffre dans tout le ventre.

Le dimanche 29, elle se met à la diète et reste couchée.

Le lundi 30, elle éprouve encore des douleurs dans le ventre et des tiraillements épigastriques. Mais la souffrance est mieux supportée.

Le mardi 1er mai, la femme ne souffrant plus, fait un déménagement. Elle se fatigue beaucoup, de même le *mercredi 2 mai.* Pendant ces deux jours elle perd un liquide épais, rosé.

Le mercredi 2, à 11 heures 1/2 du soir, la femme éprouve *brusquement* une douleur très violente, dans le côté droit du ventre. Cette douleur immobilise la malade qui reste pendant deux heures assise sur une chaise sans oser faire le moindre mouvement. Portée dans son lit par son mari, la malade reste couchée sur le côté gauche, sans remuer. La perte rosée continue. Il n'y a pas de colique utérine.

Le jeudi, la malade veut se lever, mais elle est obligée de se recoucher. Anorexie. Douleurs généralisées à tout l'abdomen. Le contact des draps

est douloureux. Aucune douleur expulsive rappelant celles de l'accouchement. Application sur le ventre de cataplasmes chauds qui soulagent un peu. La malade, épuisée, ne peut dormir ; elle sommeille la nuit. Les pertes rosées persistent.

Le vendredi, même état. Un médecin appelé pense à un avortement en train de se faire et fait transporter la malade à l'Hôtel-Dieu, d'où elle est renvoyée à la Pitié.

A 3 heures 30 du soir. Toucher vaginal négatif, ne révélant aucun signe pouvant faire porter le diagnostic d'avortement. Douleurs abdominales généralisées, rendant la palpation très difficile : il y a de la contracture de la paroi. A droite, sensibilité exquise, au point de Mac Burney. Langue saburrale. Pouls 120. On pense à une appendicite chez une femme grosse et tout est préparé pour une intervention.

A 5 heures du soir, temp. 38°. Pouls 140. Traits tirés, facies fatigué. La malade est transportée à la salle d'opération.

Opération. — Chloroformisateur, M. Armand Bernard. Opérateur, M. Gosset ; aide, M. Mouchotte. Sous l'anesthésie chloroformique, ouverture de la cavité péritonéale par une incision médiane sous-ombilicale. Dès que le péritoine est incisé, il s'écoule au dehors du liquide séro-purulent d'odeur fétide. Le maximum des lésions siège dans la fosse iliaque droite. La terminaison de l'iléon, le cæcum et l'appendice, bien que tapissés de fausses membranes, paraissent sains, et en se portant vers l'utérus, dont le volume est celui d'un utérus gravide au 3e mois, on s'aperçoit facilement que c'est la trompe droite qui est le point de départ des accidents. Elle baigne dans le pus ; mais elle est libre de toutes parts, sans aucune adhérence, et du liquide purulent s'écoule par l'orifice abdominal. L'ablation de la trompe et de l'ovaire droits est rapidement exécutée. Deux ligatures sont placées, l'une sur le pédicule utéro-ovarien ; l'autre, après section de l'isthme, sur la terminaison de l'artère utérine, tout contre le fond de l'utérus, et la trompe est enlevée avec l'ovaire. Un surjet ferme le bord supérieur du ligament large.

L'épiploon est attiré vers le petit bassin, de façon à favoriser l'isolement du reste de l'abdomen et deux gros drains sont placés derrière l'utérus, l'un dans le cul-de-sac de Douglas, et l'autre au niveau de la fosse iliaque droite. Fermeture de l'abdomen.

L'opération terminée, on examine la trompe enlevée. L'expression fait sourdre du pus par l'ostium abdominale. Une pipette est introduite facilement jusque dans la cavité tubaire, à travers cet ostium

resté largement perméable, et l'on recueille du pus qui servira aux ensemencements.

Immédiatement après l'opération, 1,500 gr. de sérum en injection sous-cutanée. Nuit assez bonne, pas de vomissements.

Samedi 5. Temp. = 38°, P. = 100.

Vers 11 heures du matin, coliques utérines qui sont facilement calmées par une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine.

Température du soir = 38°, P. = 124.

Vers 8 heures du soir, nouvelles coliques utérines. Nouvelle injection de 1 centigramme de morphine.

A 11 heures du soir, vomissements bilieux, assez abondants. Les coliques utérines reprennent. A minuit, injection de un demi-centigramme de morphine.

Urines : 1,000 grammes dans les vingt-quatre heures. Injection sous-cutanée de 1,500 grammes de sérum artificiel.

Dimanche 6. A six heures du matin, la malade est très faible. Le pouls, petit, bat 130 à la minute.

Température = 38°,5. On fait de suite une injection sous-cutanée de 1,000 grammes de sérum.

9 heures. Malgré le sérum, le pouls est resté faible, l'abattement persiste. Injection de caféine. Dans la journée, la malade a des vomissements couleur café au lait. Elle rend des gaz par l'anus.

Soir. Température = 39°, P. = 140.

Affaiblissement marqué. Un peu de sang dans les vomissements. Pouls à peine perceptible. Cet état de grande faiblesse fait renoncer aux injections de morphine employées comme moyen prophylactique de l'avortement.

500 grammes de sérum. Urines 1,000 grammes.

Pendant la nuit les vomissements continuent. Coliques utérines sans grande réaction douloureuse. Deux injections hypodermiques d'éther, deux de caféine.

Lundi 7. 5 heures 30 du matin, la femme expulse son fœtus, presque sans douleur. Léger suintement sanguin. Section du cordon au ras de la vulve.

6 heures 30 du matin. Légère traction sur le cordon. Le placenta ne vient pas. Pas d'hémorrhagie. Pas d'injection. Ouate sur la vulve. Le pouls est à 150, très faible. La femme a du subictère, des troubles psychiques légers. Sérum 1,000 grammes. Caféine.

8 heures du matin : T. = 37°,4, P. = 144.

12 heures : Céphalée.

A partir de 1 heure du soir : coma.

Urines 900 grammes, 2 lit. de sérum dans la soirée.

Température soir = 40°. La malade meurt à 9 heures du soir.

Le fœtus expulsé est né mort. Son côté gauche est ecchymosé.

Sexe masculin. Longueur : 14 centim. 5. Poids : 40 gram.

(Chiffres concordant à peu près avec les moyennes données par Hecker.)

Mercredi 9, l'*autopsie* de la femme révèle des lésions de péritonite généralisée.

Appendice sain.

L'utérus, le vagin, la vessie, le rectum sont énucléés en bloc. Une partie du placenta est sentie dans le vagin, près de l'orifice vulvaire.

Examen de la trompe enlevée (note remise par M. Bezançon, chef du laboratoire de la Clinique). — La trompe divisée ne présente extérieurement aucune solution de continuité de sa paroi ; elle est distendue par du pus. L'examen histologique montre la paroi musculo-conjonctive indemne de toute suppuration; la muqueuse elle-même est en partie conservée, quoique très modifiée : on ne trouve plus trace de franges, mais des assises superposées de cellules cubiques. Le pus ne contenait pas de microbes aérobies, il n'a pas été fait de cultures anaérobies.

Examen de l'utérus. — A droite, on voit la section de la trompe et du pédicule utéro-ovarien. A gauche, les annexes sont intactes et c'est dans l'ovaire gauche que siège le corps jaune de grossesse.

L'utérus mesure transversalement 7 cent. 5 sur la face antérieure, 10 centim. 5 sur la face postérieure, entre l'insertion des deux pédicules utéro-ovariens. A ce niveau la face postérieure est assez fortement convexe.

Le cul-de-sac recto-vaginal est à 13 cent de distance du bord supérieur de l'utérus.

Coupe verticale antéro-postérieure de la pièce, respectant la paroi postérieure de l'utérus. (Les deux moitiés de la coupe sont écartées comme les deux coquilles d'un mollusque lamellibranche, la paroi postérieure formant charnière.)

La section intéresse la vessie entièrement, les parois antérieures de l'utérus et du vagin.

La coupe de la vessie mesure 7 centim. de hauteur, les deux faces étant au contact.

Le péritoine, pour aller du sommet de la vessie sur le col utérin, ne descend pas, en quittant le sommet vésical, la paroi postérieure de la vessie pour remonter ensuite sur la face antérieure du col : autrement dit le péritoine ne s'insinue pas dans l'angle dièdre que forment en se séparant la paroi postérieure de la vessie et la face antérieure du col utérin, mais il s'élève directement du sommet vésical sur l'utérus, laissant libre l'angle dièdre. Le point où le péritoine aborde l'utérus est situé à 2 centimètres au-dessus du plan de la veine circulaire.

Le vagin mesure une hauteur de 7 centimètres. L'épaisseur de la section de sa paroi antérieure est de 4 mm. ; celle de la vessie est de 3 mm., soit donc 7 mm. d'épaisseur pour la cloison recto-vaginale.

La coupe montre, descendant de la moitié gauche de l'utérus, passant par l'orifice externe du col, et arrivant dans le vagin jusqu'à 5 centimètres au-dessous de cet orifice externe, le placenta, en grande partie décollé.

Ce placenta, en place sur la coupe, figure une masse charnue, étroite et allongée, de 14 centimètres de longueur. Sa face utérine, irrégulière, tomenteuse, en partie altérée, s'offre seule à la vue.

Prenant ce placenta par sa partie inférieure (descendue dans le vagin) et le soulevant avec une pince, on constate qu'il est décollé presque de toutes parts, n'adhérant plus qu'en haut au niveau de la corne gauche de l'utérus. En le relevant de bas en haut et en faisant de l'adhérence à la corne gauche une charnière, on découvre alors la face qui échappait à la vue, la *face fœtale*, et on peut se rendre compte de l'étendue de la portion placentaire restée adhérente.

Le placenta adhère encore, dans la partie gauche de l'utérus, à la paroi postérieure, à la paroi antérieure, au fond, et au bord.

L'adhérence qui existe encore se fait à la fois par les membranes et le tissu placentaire et sur une hauteur de 3 centim. 5 à 4 centimètres. Le tissu placentaire adhère surtout à la face postérieure.

Intéressant la partie supérieure de la paroi postérieure par la coupe médio-verticale, *appliquant par pression l'une à l'autre* les deux parois antérieure et postérieure de l'utérus, on constate que la tranche de la section antéro-postérieure de la moitié gauche de l'utérus mesure en épaisseur, au niveau de l'insertion qui persiste du placenta, 4 centim. 5. Or sur ces 4 centim. 5 la portion centrale, friable, cruentée, placentaire, mesure 2 centim. d'épaisseur.

La moitié droite de l'utérus a sa cavité vide. *En haut*, en un point homologue de celui occupé à gauche par l'insertion qui persiste

encore du placenta, la coupe de la paroi postérieure mesure 26 millim. d'épaisseur. A ce niveau la cavité utérine est limitée par une zone cruentée, épaisse de 12 millim. : c'est l'aire placentaire où s'insérait une partie décollée du placenta.

La tranche de section médio-verticale de la paroi postérieure étant prolongée en bas vers le vagin, apparaît cruentée, spongieuse. Sur la coupe du col s'ouvrent béants et larges de nombreux sinus utérins.

Pratiquant les mensurations de la hauteur de l'utérus, de la cavité du corps, de la cavité cervicale, de l'épaisseur prise sur la section de la tranche antérieure, nous trouvons les chiffres suivants :

Hauteur de l'utérus = 12 centim. 3.

Hauteur de la cavité cervicale = 3 centim. 7. A 1 centim. au-dessus de l'orifice interne, sur la tranche de section, se voit la coupe de la veine circulaire, la Kranzvene des Allemands.

Hauteur de la cavité du corps utérin (de l'orifice interne du col au fond de la cavité) = 6 centim.

De l'orifice interne du col au bord supérieur de l'utérus (comprenant donc dans cette dimension l'épaisseur de la paroi au niveau du fond) = 8 centim. 6, soit donc 2 centim. 6 d'épaisseur de la paroi du fond, sur lesquels il faut déduire 1 centim. 2 d'épaisseur du tissu décidual.

Épaisseur de la tranche antérieure au niveau : de l'orifice externe du col, 1 centim. 5 ; de l'orifice interne du col, 0 centim. 8 ; à la partie moyenne du col, 1 centim. ; de la veine circulaire et de l'anneau de contraction, 1 centim. 3 ; à 1 centim. au-dessus de cette veine, 1 centim. 8 ; du fond, 1 centim. 5.

Cette observation est doublement intéressante.

1° L'examen de l'utérus gravide montre un placenta se présentant par un bord et en voie de décollement. Le placenta adhère encore partiellement à la corne gauche de l'utérus, seize heures après l'expulsion du fœtus. Enfin les dimensions en longueur et en épaisseur des différentes parties de l'utérus apportent quelques documents supplémentaires pouvant éclairer la question encore à l'étude des mensurations de l'utérus gravide, suivant les diverses époques de la grossesse.

2° Au point de vue chirurgical, il s'agit dans cette observation d'un fait exceptionnel : l'évacuation d'une salpingite sup-

purée, à travers l'ostium abdominale, demeuré perméable. Il faut se demander pourquoi, dans ce cas, l'orifice abdominal ne s'est pas oblitéré, comme il est de règle dans les salpingites suppurées et si la grossesse n'est pas pour quelque chose dans cette anomalie.

Quand on consulte les traités de gynécologie, on trouve simplement mentionnée la possibilité pour une salpingite suppurée, de vider son contenu à travers l'orifice abdominal jusque dans la grande séreuse péritonéale.

« Très souvent, en même temps que se développe la salpingite, l'*orifice abdominal* de la trompe se ferme. Ce n'est guère que dans la salpingite catarrhale et dans les salpingites purulentes rapidement développées sous l'influence de l'état puerpéral que cette oblitération fait défaut. Le danger est alors imminent, car la collection purulente risque fort de se vider dans l'abdomen et de provoquer une péritonite (1). »

« C'est surtout dans les cas d'infection puerpérale qu'on a observé la perméabilité des deux orifices tubaires (2). »

Terrillon (3), parlant des poussées de pelvi-péritonite, cherche à en déterminer la cause. « L'explication de ces poussées péritonéales qui peuvent se renouveler plusieurs fois à des intervalles irréguliers et même chez quelques femmes jusqu'à vingt-cinq et trente fois, est assez difficile à donner. Dans la première poussée, on peut supposer que la trompe béante laisse échapper dans le péritoine des produits septiques qui s'infiltrent plus ou moins loin. Cette explication de la première atteinte, parfois unique d'ailleurs, est vraisemblable. Mais comment les poussées successives se produiraient-elles, à intervalles souvent éloignés, par ce même mécanisme, alors que la trompe est

---

(1) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898, p. 663.

(2) DELBET (PIERRE). *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 50.

(3) TERRILLON. *Salpingites et ovarites*. Paris, 1891, p. 65.

englobée dans des membranes, ou oblitérée, et que les adhérences qui l'entourent empêchent les liquides de circuler dans la cavité péritonéale ?

« Il est probable que ces inflammations qui se développent souvent brusquement, sont dues, soit à des ruptures de la trompe, soit à des déchirures qui se produisent dans les fausses membranes. J'ai fait à ce sujet une remarque importante : toutes les fois que j'ai enlevé des trompes oblitérées et dont les franges avaient disparu, l'orifice de la trompe étant remplacé par cette cicatrice rayonnée dont j'ai souvent noté la présence, les malades n'avaient pas subi depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années de poussée péritonéale : ellés en avaient eu cependant au début de leur maladie. Il m'avait alors semblé que cette oblitération déjà ancienne expliquait l'absence de poussées.

« Au contraire, plusieurs malades auxquelles j'ai enlevé des trompes dont le pavillon existait encore, quoique altéré, dont les franges étaient encore visibles et l'orifice encore perméable, avaient présenté des poussées de péritonite récentes et quelquefois répétées à quelques mois d'intervalle. En me rappelant ces observations, je me demande si une condition indispensable à ces poussées péritonéales ne serait pas la persistance de l'ouverture péritonéale de la trompe. »

Seuvre et Lorain ont étudié plus longuement cette complication rare des salpingites suppurées.

Seuvre (1) rapporte un certain nombre de cas de trompes purulentes vidées dans l'abdomen. Il a pu en réunir dans sa thèse exactement douze cas (cas de Valleix, de Noel Gueneau de Mussy, d'Oldham, de Siredey, de Aran, de Cusco, de Chassaignac (2), de Kormann, de Lorain, de Dolbeau (2 cas), de Brouardel et Martin). — Les deux cas de Dolbeau sont parti-

(1) Ed. Seuvre. *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences.* Th. doctorat, Paris, 1874, n° 279.

(2) Le cas de *Cusco* et celui de *Chassaignac* sont relatés dans la thèse de doctorat de Leteinturier. Paris, 1872.

culièrement démonstratifs. A l'autopsie de deux malades mortes de péritonite aiguë, on trouva une salpingite purulente dont le contenu pouvait passer librement dans la cavité abdominale à travers l'orifice péritonéal.

Dans le cas relaté par Lorain (1), on a cherché à expliquer la façon dont peut se produire cette complication. Une jeune fille de 16 ans, ressent, à la suite de rapports sexuels subis pour la première fois, des douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'elle perd en blanc. Après chaque examen au spéculum, la malade s'agitait beaucoup et se plaignait de vives douleurs dans l'abdomen. On prescrit des injections vaginales, très faiblement poussées, avec une solution faible de nitrate d'argent. Une injection de cinq centigrammes est faite avec beaucoup de douceur et une portion du liquide ressort même du vagin. Immédiatement après, vives douleurs dans l'abdomen, phénomènes de péritonite et mort en quatre jours. L'autopsie judiciaire pratiquée à la morgue par M. Tardieu permit de constater que « les trompes étaient remplies de pus, dont une partie s'était écoulée dans le péritoine et y avait causé une péritonite diffuse ». Lorain explique l'accident, non par la pénétration du liquide injecté jusque dans le péritoine — les conditions dans lesquelles l'injection fut pratiquée rendent cette hypothèse impossible — mais par le pouvoir contractile des trompes et l'excitabilité nerveuse de l'appareil utéro-ovarien.

Si l'on étudie le mécanisme de la fermeture de l'orifice abdominal, on voit qu'il s'effectue suivant plusieurs modes. Tantôt la fermeture s'opère par accolement des franges du pavillon, soit par accolement des faces muqueuses des franges, soit par rétraction des franges et accolement consécutif de leur face péritonéale. Mais bien souvent, au cours des laparotomies, on constate, après la destruction des adhérences, que la trompe est restée perméable au niveau de son orifice abdominal, et que

(1) LORAIN. Injection vaginale suivie de mort, observation recueillie par M. Quénu, externe du service. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1875, n° 140, p. 1113.

aux organes voisins, ceux-ci formant bouchon. L'obturation est obtenue soit par l'ovaire, soit par l'épiploon et les anses grêles, soit le plus souvent par des adhérences inflammatoires maintenant la trompe dans le cul-de-sac de Douglas. Lorsque la trompe se distend, son poids augmente et elle tend tout naturellement à tomber dans le cul-de-sac postérieur où bientôt des adhérences la fixent et la maintiennent. Et finalement ces adhérences, surtout marquées au niveau du pavillon, puisque c'est là qu'agit le plus directement le contenu septique de la trompe, font de ce pavillon « le point le plus résistant » (1). Dans de telles conditions la trompe peut se rompre, mais elle ne saurait laisser échapper, comme dans le cas que nous rapportons ici, son contenu septique à travers l'orifice abdominal.

Pour que l'orifice abdominal conserve sa perméabilité, il faut que la rapidité d'évolution de la salpingite ne laisse pas au pavillon le temps de contracter des adhérences avec les organes voisins, ou bien encore que la trompe soit dans une situation anatomique telle, qu'elle ait peu de chances de contracter ces adhérences. Dans notre cas, cette double condition semble être réalisée. Si l'on relit avec soin l'histoire de notre malade, on y trouve notée de légères douleurs dans le côté droit. Il y a eu évidemment un léger degré de salpingite, très léger du reste, puisque le curettage pratiqué à Bichat n'a pas été suivi de la poussée inflammatoire, qui est de règle quand il y a salpingite évidente : au cours de la grossesse, la trompe droite a présenté une poussée inflammatoire et comme elle ne pouvait se fixer dans le cul-de-sac de Douglas, comme elle était attirée au-dessus de la cavité pelvienne par l'utérus gravide, elle n'a pu s'accoler à l'intestin grêle trop mobile et elle a vidé son contenu purulent en plein péritoine.

L'examen bactériologique est resté négatif, les cultures n'ayant rien donné. Il est regrettable qu'on n'ait pu faire la

(1) VUILLIÈME. *Rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal*. Th. doctorat, Paris, 1900, n° 359, p. 20.

recherche des anaérobies et qu'il n'ait pas été pratiqué d'examen direct sur lamelles.

L'examen direct peut montrer la présence de gonocoques et nous savons maintenant, depuis les recherches de Reymond (1), qu'il n'est pas rare, dans la salpingite blennorrhagique, d'observer la perméabilité du pavillon. Dans son travail, Reymond rapporte l'observation d'une malade âgée de 19 ans, opérée par le Dr Hartmann le 3 octobre 1894, pour une salpingite blennorrhagique. L'inoculation gonococcique remontait à six mois, et le pus coulant de l'utérus contenait des gonocoques. Les symptômes de salpingite dataient de un mois. Or, après ablation de la trompe, il était facile par pression de faire sortir par le pavillon, une goute de pus épais et jaune, absolument semblable à celui qui coule du méat d'un blennorrhagique.

Cependant, dans notre cas, nous ne pensons pas qu'il s'agisse de salpingite à gonocoque. Nous ne le pensons pas, parce que le début remonte à plusieurs années et qu'il paraît plutôt y avoir eu *infection* puerpérale. Mais ce qui nous fait avant tout écarter l'hypothèse d'infection blennorrhagique c'est que l'évolution de la salpingite à gonocoque ne compose pas, même avec persistance de l'orifice abdominal, des complications péritonéales aussi graves. Reymond, parlant de la soi-disant péritonite mortelle qui suit toujours la blennorrhagie de la trompe, lorsque celle-ci n'a pas le temps de se fermer, dit qu'il n'a vu jamais d'accidents de ce genre dans le cas où le pus coulait dans le péritoine et qu'il ne connaît pas d'observation de mort survenue à la suite d'une péritonite généralisée due à des gonocoques.

Nous pensons plutôt qu'il s'est agi chez notre malade d'une infection post-puerpérale de la trompe, restée très atténuée pendant longtemps. Mais la même infection, très atténuée au niveau de la muqueuse tubaire, peut devenir extrêmement virulente, une fois déposée sur le péritoine, ainsi que l'a démontré

(1) Reymond. *Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites*, Thèse Paris, 1895.

pneumocoques. Le pneumocoque constaté dans le pus de la trompe n'avait donné aucune culture et n'avait pas tué la souris, sur la séreuse péritonéale il avait retrouvé toute sa virulence et provoqué une péritonite suraiguë.

C'est ce qui est arrivé chez notre malade, qui a succombé à une péritonite à forme grave.

---

(1) MORAX. Salpingo-ovarite double suppurée à pneumocoques, in *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1893, 1er semestre, p. 208.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 4 mai 1900.

PAQUY. **Tératome développé dans l'épiploon gastro-hépatique d'un fœtus du sexe féminin de huit mois environ.** (Rapport de M. PORAK.)— La mère, VIIpare, est accouchée à la clinique Baudelocque; elle n'a présenté de pathologique pendant sa grossesse qu'un œdème considérable de la paroi abdominale et des membres inférieurs ayant débuté vers sept mois et demi. Rupture prématurée des membranes. Présentation de l'épaule. Extraction d'un enfant mort-né du sexe féminin long de 40 cent., pesant 2,670 grammes, dont le ventre volumineux mesurait au niveau de l'ombilic 38 cent. de circonférence. La cavité abdominale était occupée par une tumeur étendue du diaphragme à 3 centim. au-dessus du pubis sur une hauteur de 11 centim. Cette tumeur est développée dans l'épiploon gastro-hépatique. La surface blanc grisâtre est parsemée d'îlots hémorrhagiques, de petits kystes et de masses cartilagineuses. L'examen histologique a montré l'existence, dans cette tumeur, de cartilage et de glandes revêtues d'un épithélium cylindrique.

Ces tumeurs sont en général sus-ombilicales ; ce sont tantôt des kystes renfermant un embryon ou un fœtus, tantôt des membres ou des organes rudimentaires, tantôt un bloc de tissus informes.

Dans le cas observé par M. Paquy la tumeur n'était, en somme, que le vestige d'un second embryon inclus dans la cavité abdominale du premier lors de la fermeture des somatopleures. Cette observation apporte donc un document de plus à l'histoire des grossesses univitellines.

SCHWARTZ. **Fibrome sous-péritonéal de l'utérus à pédicule tordu.** — Femme de 48 ans, nullipare. En juillet 1899, accidents de péritonite généralisée pendant six semaines. La crise terminée, on constate qu'elle porte une tumeur dure, immobile dans le flanc gauche. Le diagnostic porté par M. Schwartz fut celui de fibrome sous-péritonéal probable-

tumeur en laissant l'utérus, et de guérir la malade. Le fibrome, long de 20 centim., adhérent à la paroi, à l'intestin, à l'épiploon, tenait par un pédicule long de 1 centim. gros comme un crayon, tordu une fois et demie suivant le sens des aiguilles d'une montre, inséré sur l'angle droit de l'utérus. La coupe de la tumeur montrait une apoplexie totale du fibrome.

Richelot. **La sclérose utérine et la vraie métrite.**— (Voir la communication *in extenso* dans le n° de mai 1900, p. 368.)

Quénu. **Kyste de l'ovaire opéré au cours de la grossesse (sixième mois), guérison de la mère, avortement.**— Femme de 22 ans, portant depuis longtemps une petite tumeur de la cavité pelvienne. Enceinte de cinq mois et demi. La tumeur molle, mobilisable, ne pouvait être refoulée au-dessus du détroit supérieur. Laparotomie. M. Quénu fit franchir non sans peine le défilé constitué d'un côté par la paroi pelvienne, de l'autre par l'utérus. Ovariotomie. Durée de l'opération : vingt minutes. Guérison. Avortement, trente-deux heures après l'opération. L'enfant vécut onze heures.

M. Quénu pose à propos de cette observation deux questions : 1° l'influence du traumatisme opératoire sur l'évolution de la grossesse. M. Quénu a enlevé pendant la grossesse un fibrome ramolli, une trompe suppurée sans que les malades aient avorté. La question est donc très obscure ; 2° les indications de l'ovariotomie pour kyste de l'ovaire pendant la grossesse. La fréquence de la torsion du pédicule pendant la grossesse, l'enclavement possible pendant le travail sont deux raisons suffisantes pour conseiller l'intervention chirurgicale.

M. Pinard. — Pendant la grossesse tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être enlevé. Telle est la règle générale que M. Pinard préconise et qu'il a formulée, il y a quelques années. M. Pinard conseille à la suite de laparotomie, dans les cas de grossesse, des injections sous-cutanées de morphine pratiquées systématiquement comme traitement prophylactique de l'accouchement prématuré. Il ne faut pas attendre l'apparition de contractions utérines douloureuses, mais d'emblée et aussitôt après l'opération, pratiquer ces injections et les continuer huit ou dix jours.

M. Quénu a fait prendre à son opérée, pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, 3 centigr. 1/2 de morphine et 30 gouttes de laudanum en lavement.

M. Terrier, en présence d'un kyste de l'ovaire uniloculaire diagnos-

tiqué pendant la grossesse, est partisan de la ponction. Il rapporte une observation où il fit la ponction au sixième mois : l'accouchement eut lieu à terme ; l'ovariotomie ne fut pratiquée que quelques semaines plus tard.

M. Pinard considère la ponction comme un danger pour la mère et pour l'enfant.

M. Quénu distingue les kystes pelviens qui doivent toujours être opérés, et les kystes abdominaux pour lesquels il serait moins absolu.

M. Pozzi est partisan de l'ovariotomie à toutes les périodes de la grossesse. Il conseille une incision très grande et haute de la paroi abdominale, de façon à ne pas violenter l'utérus.

M. Segond. **Présentation d'un utérus montrant combien le retour de cet organe à l'intégrité peut être satisfaisant et complet après l'ablation des fibromes interstitiels que l'hystérotomie cervicale permet de morceler par le vagin sans hystérectomie.** — Depuis plusieurs années M. Segond s'est efforcé de régler le manuel opératoire et de fixer les indications de l'énucléation et du morcellement des fibromes interstitiels du corps utérin même volumineux (jusqu'à 1 kilogr.) par la voie vaginale. Il sectionne le col dans toute sa hauteur soit d'un côté, soit de deux côtés, et, par cette hystérotomie cervico-vaginale, il obtient sans ouverture du péritoine et sans danger de blesser l'uretère un libre accès dans la cavité du corps utérin. Il peut alors explorer la cavité utérine, sentir les fibromes, effondrer leur coque ou les débrider au bistouri, et, suivant qu'ils sont petits ou gros, les énucléer ou les morceler.

M. Segond a eu l'occasion de vérifier anatomiquement le retour à l'intégrité de l'utérus après l'ablation par morcellement d'un fibrome interstitiel de la paroi antérieure du corps utérin.

La malade, dont l'état général était mauvais (anémie, albuminurie, métrorrhagies profuses), fut opérée en février 1899 ; elle avait à cette époque une double annexite qui semblait non suppurée, et dans la paroi utérine antérieure on percevait nettement l'existence d'un gros fibrome. M Segond, devant la gravité de l'état général, se contenta de procéder à l'ablation du fibrome par la voie vaginale pour supprimer les pertes de la malade. Elle guérit.

En juin 1899, poussée aiguë du côté des annexes ; des accidents brightiques font différer l'intervention.

En avril 1900, nouvelle et grave poussée de pelvi-péritonite avec poches purulentes bilatérales. Le 12 avril 1900, M. Segond pratique la castration totale par le vagin. Guérison. Sur l'utérus enlevé on constate

que la paroi antérieure, siège du fibrome, est un peu amincie, mais a retrouvé sa texture normale, sans solution de continuité. Au point de vue histologique, il n'y a qu'une légère diminution de la vascularisation.

M. Doléris est très partisan, comme M. Segond, de l'opération d'Amussat, opération conservatrice qui s'adresse utilement à des femmes jeunes et nullipares. Il l'a pratiquée un certain nombre de fois avec succès. Le seul danger est la nécrose de la paroi utérine formant la paroi externe de la loge du fibrome, paroi qui peut être très mince.

M. Schwartz a pratiqué une fois par hystérotomie médiane l'opération dont vient de parler M. Segond. Il l'a abandonnée. Il reste partisan de l'hystérectomie abdominale totale en cas de fibrome. En tout cas il préférerait l'incision médiane du col.

M. Porri, comme M. Schwartz, croit que l'opération recommandée par Segond a des indications très restreintes ; qu'elle peut être incomplète en laissant de petits fibromes ; qu'elle peut être dangereuse lorsque les fibromes sont rapprochés de la séreuse.

M. Segond. — Il est exact que le diagnostic clinique de la possibilité de morceler un fibrome par le vagin n'est pas toujours possible ; mais au cours de l'acte opératoire, dès qu'on peut voir et toucher le fibrome, on peut reconnaître avec certitude s'il existe d'autres masses fibreuses, si la coque utérine est intacte. Si l'on constate alors une perforation ou des masses fibreuses dangereuses pour l'avenir, on pratique l'hystérectomie. Un traitement consécutif bien dirigé met à l'abri de complications septiques consécutives. Quant à la section latérale du col elle est le plus généralement bien supérieure aux incisions médianes, car elle permet de remonter haut sans décollement de la vessie et sans ouverture du péritoine.

Enfin, les indications de cette opération sont loin d'être exceptionnelles. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier les utérus fibromateux enlevés par hystérectomie vaginale. Nombre de fois M. Segond a pu rétrospectivement constater que la simple ablation du ou des fibromes aurait été possible.

Sur le traitement de la grossesse ectopique. — Discussion sur la communication de M. Doléris. Séance du 6 avril 1900.

M. Pinard. — Il est vrai, comme l'a dit M. Doléris, que l'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus, et cela, en déterminant des hémorrhagies considérables ; mais est-il

sesse ectopique ? M. Pinard ne le croit pas.

M. Doléris. — La remarque de M. Pinard est juste ; cependant, dans quelques cas, alors que la grossesse peu avancée n'a encore donné lieu à aucun accident hémorrhagique, il ne semble pas impossible de préciser le siège de l'œuf.

M. Doléris insiste sur les faits d'avortement et de rétention tubaire, sur les hémorrhagies successives que révèlent les stratifications des vieux caillots intratubaires, sur les contractions douloureuses de la trompe hypertrophiée rappelant les coliques expulsives de tous les conduits musculaires. Enfin M. Doléris rapporte l'observation d'une femme à laquelle, par colpotomie antérieure large, il ouvrit un sac tubaire dont l'ablation, tentée par la voie abdominale, lui parut dangereuse. Il se contenta de vider la poche de ses caillots et laissa le placenta, en drainant et en tamponnant la cavité. Dix jours après, il enleva le placenta avec une curette large. Guérison. L'essentiel, dans les cas de ce genre, lorsqu'on opère par le vagin, est soit d'extirper la trompe en entier, soit de l'ouvrir largement quand elle est accessible, et qu'elle adhère à la paroi pelvienne supérieure ou antérieure. Dans ce dernier cas, l'hémostase doit être pratiquée avec soin sur la tranche vaginale et sur la paroi tubaire.

A. Couvelaire,
interne des hôpitaux.

REVUE ANALYTIQUE

LA DÉSINFECTION DES MAINS

Der gegenwärtige Stand der Händedesinfectionsfrage ùnd diè nächsten Probleme derselben. Döderlein. *Deut. med. Woch.*, n° 42, 1900, p. 669.

Döderlein croit qu'il est impossible de se désinfecter complètement les mains, de les rendre « aseptiques » au sens bactériologique et absolu du mot ; dans les opérations que nous appelons aseptiques et où l'on obtient une réunion per primam, nous déposons dans la plaie des germes très peu virulents dont les résistances naturelles de l'orga-

de chirol, les laisser sécher (trois minutes) ; opérer avec les bras sortant de la solution de chirol. Pour plus de détails, l'auteur renvoie à ses articles du *Centralblatt* sur le chirol. P. Lecène.

BIBLIOGRAPHIE

THÈSES RUSSES

Étude des altérations anatomo-pathologiques de la portion vaginale de l'utérus prolabé, par P. E. Alexiéév. Thèse de St-Pétersbourg, 1897.

Après l'examen de 11 cas l'auteur a trouvé que le prolapsus de l'utérus s'accompagne toujours d'altérations notables de sa portion vaginale. Dans l'ensemble, elles peuvent être réduite : à l'œdème et à l'inflammation chronique du parenchyme de la portion vaginale et de la muqueuse de la partie correspondante du canal cervical.

En particulier on trouve :

1° Que la muqueuse de la portion vaginale subit une dégénérescence cornée et qu'elle est couverte non seulement d'érosions, mais quelquefois de véritables ulcérations.

2° Que la muqueuse du canal cervical est couverte sur une étendue plus ou moins grande d'un épithélium stratifié, pavimenteux et non d'un épithélium cylindrique.

Cet épithélium stratifié dans le cas d'ectropion subit également la dégénérescence cornée;

3° Que les glandes de la muqueuse du canal cervical augmentent en quantité et en taille, et qu'elles subissent quelquefois la dégénérescence kystique ;

4° Que les veines et les vaisseaux lymphatiques se dilatent et que les parois artérielles sont atteintes d'inflammation chronique ;

5° Que les faisceaux musculaires de la portion vaginale au cas de prolapsus sont raréfiés et moins denses, tandis que le tissu intermusculaire, au contraire, est très développé ;

6° Que dans le stroma de la portion vaginale, on trouve par places une infiltration cellulaire diffuse ou en foyers, quelquefois localisée autour des vaisseaux et des glandes ;

7° Que les fibres élastiques de la portion vaginale ne subissent pendant le prolapsus aucune altération soit quantitative, soit qualitative.

D. Flamm.

Étude de l'infection streptococcique aiguë dans la période post-partum et de l'action du sérum anti-streptococcique, par Klitinn. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.

L'auteur se propose d'étudier expérimentalement : 1° l'action de l'infection streptococcique d'une certaine virulence sur l'organisme en état post-partum.

2° Quelles sont les altérations anatomo-pathologiques plus ou moins constantes des organes.

3° Et expliquer : 1° l'action du sérum anti-streptococcique, 2° comment peut-on l'apprécier en se basant sur l'état des tissus des organes et sur le rapport existant entre eux et les microorganismes.

Dans ce but, l'auteur a fait toute une série d'expériences avec les cultures anti-streptococciques en les introduisant dans le vagin, sous la peau, dans l'utérus et dans le sang des lapines ayant mis au monde peu de temps avant leurs petits.

A une catégorie de ces animaux on a injecté le sérum anti-streptococcique, tandis qu'on a laissé les autres sous l'influence des streptocoques. Pour pouvoir contrôler les résultats obtenus l'auteur a provoqué la streptococcie chez les lapins, chez les femelles grosses et non atteintes de grossesse et de période de lactation. Après la mort des animaux l'auteur soumettait à l'examen anatomo-pathologique et bactériologique leur rein, leur foie, leur rate, et leur cœur. Les résultats obtenus permettent de conclure :

1° L'infection streptococcique généralisée, artificiellement provoquée chez les lapines récemment accouchées et qui se termine par la mort, s'exprime histologiquement dans quelques organes parenchymateux : reins, foie, cœur, par des phénomènes d'un caractère inflammatoire, variables par le degré et l'étendue de leur développement.

2° Le degré et l'étendue de ces altérations sont plus accusés lorsque la streptococcie a été provoquée par l'introduction directe du microbe dans les vaisseaux sanguins.

3° Les altérations des organes des lapines accouchées sont d'autant plus accusées, que l'infection a été provoquée plus tôt (un jour et demi après l'accouchement) ; cette différence est, de plus, notable dans les reins.

des organes est plus grande dans les cas où le microbe a été introduit directement dans le sang.

5° Les altérations anatomo-pathologiques des organes ont été moins nombreuses chez les animaux soumis à l'action du sérum antistreptococique : le muscle cardiaque, à ce point de vue, ne présentait aucune différence.

6° La quantité des streptocoques a été également moindre chez les animaux traités avec le sérum que chez les animaux de contrôle.

7° Les animaux infectés et traités avec les injections anti-streptococciques ont survécu aux animaux infectés en même temps que les premiers et non soumis à la sérothérapie. D. Flamm.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Agues (C.-Victor). Supernumerary Fallopian Tubes. *Boston med. and surg. Journal*, 17 may 1900, p. 514. — **Albenzio.** Contributo alla casistica delle deformita dei genitali muliebri. *Archivio italiano di Ginecologia*, n° 3, 30 augnio 1900, p. 253. — **Audain.** Clinique sur un nouveau cas de filariose génitale. *La Lanterne médicale*, n° 4, avril 1900, p. 29. — **Byron Robinson.** Reflex neurosis from disturbed pelvic Mechanism. *The American Gyn. and Obst. Journal*, sept. 1900, p. 201. — **Carini.** Contributo istologico e sperimentale alla etiologia dei tumori. *Archivio italiano di Ginecologia*, n° 3, 30 augnio 1900, p. 244. — **Caturanio.** Indicazioni ginecologiche della sterilizzazione della donna. *Archivio ital. de Gynec.*, anno III, 30 aprile 1900, n° 2, p. 117. — **Clarence Webster.** Demonstration of cast used in obstetrical and gynecological teaching. *The American Gynecolo. and Obstetrical Journal*, n° 2, august 1900, p. 110. — **Doléris.** Influence des opérations plastiques pratiquées sur le col utérin, sur la conception, la grossesse et l'accouchement. *La Gynécologie*, 5e année, 15 avril 1900, p. 132. — **Donati.** Uber einen Fall von Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. *Centralblatt für Gynækologie*, n° 35, 1er sept. 1900, p. 913. — **Ely Van de Varker.** The personal factor in the Work of the American Gynæc. Society. *The Americ. Gynaec.*, july 1900, n° 1, p. 1. — **Emmet.** Personal Reminisces associated with the Progress of Gynæcology. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, n° 5, may 1900, p. 385. — **Fawssett and R. F. Jowers.** Intestinal obstruction due to persistent Meckels diverticulum, successful Laparotomy. *The Lancet*, n° 4005, june 2, 1900, p. 1585. — **Fehling.** *Lehrbuch der Frauenkrankheiten.*

Enke, Stuttgart. — **Ferguson (H. A.).** Intestinal anastomosis, clamp and enterotome ; a modification of Grant's enterotome ; an aid in suturing. *Th. Am. Gynaecolog. and Obst. Journ.*, vol. XVI, june 1900, n° 6, p. 488. — **Garrigues.** Periods in Gynecology. *Medical News*, june 16, 1900, p. 953. — **Goullioud.** Cancer invaginé recto-sigmoïde. Résection de l'intestin par voie périnéo-vaginale. Récidive. Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale. *Bulletin Société de Chirurgie de Lyon*, t. III, 2e fascicule, janv.-fév. 1900, p. 85. — **Hall (E.).** The Gynecological Treatment of the Insane in Private Practice. *Pacific medical Journal*, vol. XVIII, n° 4, april 1900, p. 241. — **Hamilton Whiteford.** A case of intestinal obstruction caused by a band and an enlarged uterus. *British med. Journal*, 28 april 1900, n° 2052, p. 1022. — **Hammond.** Cyst of the abdominal Wall, report of a case. *The american Gynecologic and Obstetrical Journal*, n° 2, august 1900, p. 112. — **Herlitzka.** Ricerche sul trapianto delle ovaie. *Archvi. ital. de Ginec.* anno III, 30 april 1900, n° 2, p. 134. — **Hezel.** *Beitrag zur Ætiologie, Pathologie u. Therapie der Gynatresien.* Königsberg, 1900. — **Holz.** Zur Kasuistik verschiedenartiger Geschwülste an den Genitalorganen. *Central. f. Gyn.*, n° 21, 26 mai 1900, p. 545. — **Homans.** Cysti in the abdominal wall structurally identical with ovarian cysts. *Boston medical*, july 12, 1900, p. 34. — **Hubert Robert.** Case of uterus bicornis accidentally discovered after the patient's fourth pregnancy. *British medical Journal*, n° 2056, 26 may 1900, p. 1282. — **Gaches-Sarraute (Mme).** *Le corset. Etude physiologique et pratique.* — **Johnstone.** Internal Secretion of the Ovary. *Medical News*, 5 oct. 1900, p. 519. — **Johnston (A.-H.).** Internal secretion of the Ovary. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, n° 8, p. 523. — **Jopson (J.-H.).** Hernia of the Vermiform appendix. *University medical Magazine*, vol. XIII, april 1900, n° 2, p. 94. — **Kirsch (H.).** Ueber uterine Herzbeschwerden und deren Balneotherapie. *Deutsche medizinal Zeitung*, 16 april 1900, n° 31, p. 361. — **Klein (G.).** Zur vergleichenden Anatomie und Physiologie der weiblichen Genitalien. *Zeitschrift für Gerburtshulfe*, 2 Heft, Bd. II, p. 240. — **Koblanck.** Einige klinische Beobachtungen über Storungen der physiologischen Fonction der weiblichen Sexuolorgane. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*; Bd. XLIII, Hft. 3, p. 499. — **Kreisch.** Zur Kasuistik der Missbildungen der weiblichen Genitalien. *Central. f. Gyn.*, n° 29, 21 juli 1900, p. 759. — **Lancereaux.** Hémorrhagies névropathiques des organes génito-urinaires. *Gazette des hôpitaux*, n° 95, 34 août 1900, p. 1075. — **Lauro (V.).** Di alcuni fra gli acquisti piu recenti nel campo della Ginecologia. Discurso prolusione. *Archivio di Ostetricia e Ginec.*, anno VII, marzo 1900, n° 3, p. 129. — **Lévy.** *Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire.* Th. Paris, 1899-1900, n° 308. — **Lorking.** Two cases of concealed accidental hæmorrhage. *British medical Journal*, n° 2063, july 14, 1900, p. 76. — **Macnaughton.** Points of Pratical interest in Surgical gynæcology. Conservatism and its influence on operative technique. *The Edinburg medical Journal*, n° 2, august 1900, p. 117. — **Macnaughton (J.-H.).** I. Points of Practical interest in Surgical Gynæcology. II. Some Pitfalls in Gynæcological Diagnosis. *The Edinburgh medical Journal*, june 1900, p. 564. — **Macnaughton-Jones (H.).** The correlation of Sexual Function with Insanity and Crime. *Annals of Gynec. and Pediatry*, march 1900, vol. XIII, n° 6, p. 372. —

licher Enthaltsamkeit? etc. FRANKFURT, 1900. — **Merletti.** Di un metodo pratico per la determinazione del titolo delle trasfusioni saline. *Archiv. ital. de Gineco.*, anno III, 30 aprile 1900, n° 2, p. 138. — **Merletti.** La Funzione mestruale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1900, n° 9, p. 673. — **Molle.** Deux observations de fistulisation spontanée d'ascite abdominale chronique d'origine cirrhotique au niveau d'une hernie ombilicale surdistendue par le liquide abdominal : effets favorables de cette fistulisation ; considérations sur le mécanisme de l'amélioration observée dans ces cas. *La Loire médicale*, n° 8, 15 août 1900, p. 213. — **Neugebauer.** 29 obs. d'erreur de sexe. *Rev. de Gyn.*, janv.-fév-1900, p. 133. — **Neugebauer (F.).** 19 Fälle von Koincidenz von gut oder bösartigen Neubildungen, vorherrschend der geschlechtsorgane mit Scheinzwitterthum. *Centr. f. Gynäk.*, 5 mai 1900, p. 465. — **Neugebauer.** Zufällige Zurucklassung eines sub oper. benutzen. Freimdkörpers. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 933. — **Nicoletti.** L'analgesia cocainica dell midollo spinale nella chirurgia ginecologia. *Archivio italiano di Ginecologia*, n° 3, 30 augnio 1900, p. 225. — **Nicoletti.** L'anestesia cocainica del midollo spinale merce iniezione sotto-aracnoida lombare. *Arch. italiano di Gineco.*, 30 agosto 1900, n° 4, p. 300. — **Pichevin.** Statique pelvienne et plancher pelvien. *La Semaine gynécologique*, Paris, 3 et 10 avril 1900, p. 105 et 113. — **Pick (L.).** Ueber das elastische Gewebe in der normalen und pathologisch veränderten Gebärmutter. *Samml. klin. Vorträge*, p. 91, n° 283, 1900. — **Richardson.** Remarks upon obsc. non Traumat. tumors of the Lower abdomen suddenly appearing where non thad previously been detected. *The Boston Med.*, und Surgical, p. 333, oct. 4, 1900. — **Riès (E.).** Spontaneous amputation of Both Fallopian Tubes. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, april 1900, vol. XVI, n° 4, p. 325. — **Rouffart.** Anomalie génitale. Hernie d'un utérus rudimentaire. Castration. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, n° 4, p. 76. — **Skene (A.).** The Status of Gynecology in 1876, and 1900. *Med. News*, 1900, n° 1427, mai 1900, p 769. — **Smith (R.).** Preventive Gynecology. *The American Journal*, may 1900, p. 632. — **Spinelli.** L'insegnamento della ginecologia all' Universita di Napoli. *Arch. ital. de Gineco*, anno III, 30 aprile 1900, n° 2, p. 143. — **Spinelli.** Contributo casistico sull' assenza della vagina e d'ell' utero. *Archivio italiano di ginecologia*, n° 3, 30 augnio 1900, p. 251. — **Stone (J.-S.).** Fecal fistulæ, with suggestions regarding treatment. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, n° 8, p. 522. — **Vassmer.** Ueber einen Fall von Persistenz der Gartner'schengänge in uterus und Scheide mit cysticher Erweiterung des in der linken vaginal Wand verlaufenden Abschnittes der Gartneiss'chengangs. *Archiv f. Gynaek.*, 60 Band heft, p. 1. — **Wevi.** Two rare gynecological conditions. *Am. J. of Obst.*, sept. 1900, p. 377. — **William S. Stone.** A Review of Five Years'Experience with Pelvic Diseases at the Vanderbilt Clinic. *The American Journal*, may 1900, p. 636.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET INSTRUMENTALE. — **Adam (G.).** Gynecological Electro-Therapy. *Pacific Med. Journal*, n° 5, may 1900, p. 330. — **Archambault.** Médicaments modificateurs de l'utérus (*suite et fin*). *Thérapeutique contemporaine*, n° 57, mars 1900, p. 68. — **Besse.** Ueber Kolpeuryze und Metreuryse. *Centralblatt für Gynækologie*, n° 30, 28 july 1900, p. 785. — **Bourcart.** De l'injection

Revue médicale de la Suisse romande, n° 5, 20 mai 1900, p. 241. — **Braatz**. Mein operationstich ; Neue Beinhalter. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 33, p. 834. — **Davis** (**E.-P.**). When shall the Uterus be douched and how shall it be done? *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 3, march 1900, p. 196. — **Foveau de Courmelles**. Des indications électriques en gynécologie (*suite*). *Rev. d'andrologie et de gynécologie*, n° 66, 13 sept. 1900, p. 265. — **Gau**. New Speculum. *The Amer. Journal*, may 1900, p. 674. — **Hasse** (**Ch.**). Ein neuer Scheiden-und Heibwasserspüler. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 36, 8 sept. 1900, p. 942. — **Howard A. Kelly**. A New Method of making applications to the vaginal Vault and a New Instrument to facilitate cleansing the vagina in Leucorrhœa. *Amer. gyn. and obst. Journal*, vol. XVI, march 1900, n° 3, p. 193. — **Howard A. Kelly**. An improved Vesical Speculum. *Am. J. Obst.*, juin 1900, p. 818. — **La Torre**. La cura elettrica delle malattie uterine. *La Clinica Ostetrica*, anno II, maggio 1900, vol. II, fascicolo 5. — **Pincus**. Temperaturmessungen bei der Atmokausis. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 25, juin 1900, p. 641. — **Rabenn**. La gelatina y sus aplicada a los anevrysmas y hemorragios obstetrico-ginecologicos. *Revista Valenciana de ciencias Medicas*, marzo 1900, t. II, n° 15, p. 78. — **Riddle Goffe**. The use of the angiotribe. *Boston med. and surg. Journal*, 12 april 1900, n° 15, p. 373. — **Schücking**. Die elektrothermische Sonde. *Centr. f. Gynäk.*, 21 april 1900, p. 420. — **Silvestre**. La Kinesiterapia en Ginecologia. *Revist. Valenciana de Cienc. medicas*, n° 17, mayo 1900, p. 135. — **Wille**. (**O.**). Instrument zum Selbsteinführen von Scheidentampons. *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 38, 22 sept. 1900, p. 985.

VULVE ET VAGIN. — **Beverly Campbell**. The Vaginal Route. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, n° 8, p. 509. — **Beyea**. A case of metastatic papillary Adeno-carcinoma of the recto-vaginal septum. *Am. J. of Obst.*, septembre 1900, p. 373. — **Blanc** et **Ovize**. Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc, méthode de Polaillon. *La Loire médicale*, 15 avril 1900, n° 4, p. 79. — **Bröse**. Ueber Extirpatio vaginæ. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 2 Heft, p. 228. — **Brown** (**J.-C.**). A case of « Spuriöus Hermaphroditism ». *British Med. Journal*, 31 mars 1900, p. 762. — **Clark** (**J.-G.**). A critical Summary of Recent Literature on the Localization, Diagnosis, Prognosis and Treatment of gonorrhœa in women. *Amer. Journal of Med. Sciences*, april 1900, n° 336, p. 436. — **Cotterill**. An operation performed for complete atresia vaginæ. *British Med. Journal*, 7 avril 1900, p. 837. — **Davidsohn**. Zur Kenntniss der Scheidendrüsen und der aus ihnen hervorgehenden Cysten. *Archiv für Gynäkologie*, p. 418. — **Hawthorn**. Aniodol dans les affections blennorrhagiques des femmes. *Bulletin médical*, n° 49, 20 juin 1900, p. 574. — **Hebert**. Krausis vulvæ. *The British gynæcological Journal*, august 1900, p. 161. — **Heller**. Ein Fall von Kraurosis vulvæ. *Zeitschrift für Geburts. u. Gyn.* XLIII, Hft. 1, p. 120. — **Pincus** (**L.**). Zur Symptomatologie und Genese der Vaginalcysten. *Centralbl. für Gynäkologie*, n° 20, 19 mai 1900, p. 526. — **Pigor**. Carcinoma of the Recto-Vaginal septum. *Am. J. Obst.*, juin 1900, p. 731. — **Trotta** (**G.**). Un caso di Carcinoma della glandola del Bartolini. *Archivio di ostetricia et ginecologia*, anno VII, april 1900, n° 4, p. 193. — **Vitrac** (**J.**). Hydrométrocolpos congénital par imperforation

de l'hymen. *Revue mens. de gyn. obst. et gyn. de Bo*
t. II, n° 2, p. 110. — **Wright**. Hematoma of th
Annales of Gynecology and Pediatry, n° 11, augus

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE
NÉORRHAPHIE. — **Archambault**. Déviations ut
contemporaine, n° 5, april 1900, p. 87. — **Atlé**
inversion of uterus. *The american Gynecologic. and*
n° 2, august 1900, p. 120. — **Beck**. Suspension of
of Obst., sept. 1900, p. 365. — **Biagi**. Un nuovo
plastica. *Archivio italiano di Gynecologia*, n°
p. 248. — **Caturani**. Intorno ad un caso di retr
virgine. *Archivio italiano di Gynecologia*, n° 3,
p. 255. — **Coen**. La cura chirurgica nel prolasso
Annali di Ost. et Ginec., luglio 1900, p. 529. — **C**
Dauerresultate der antefixerenden Operationen (Alex
Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. XLIII, Heft. 3, p. 4
Remarks on the operative Treatment of Prolapse
Obstetrics, april 1900, p. 478. — **Delagénière**. Tra
de la rétroversion de l'utérus par le raccourcissen
larges et des ligaments ronds. *Archives méd. d'A*
n° 4, p. 153. — **Falk (O.)**. Dammriss, Dammschu
Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie,
heft. 6, p. 1118. — **Gerstenberg**. Die Erfolge
bei uterinen Blutungen. *Centralblatt für Gynækologi*
p. 890. — **Goldspohn (A.)**. Indications, Techniq
an Improved Alexander Operation in Aseptic adhe
of the Uterus, when Combined with inguinal
Dilated internal inguinal Ring. *The american J*
p. 586. — **Goldspohn**. The principles and the mos
and effective methods in the treatment of patho
and retroversion flexions of the uterus. *The Amer.*
Journ., vol. XVI, june 1900, n° 6, p. 528. —
operative Behandlung der Scheiden-Gebärmuttervorf
Pietzcker. — **Hiel**. Retro-dislocation of the ute
Journal of Obstetrics, august 1900, p. 188. — **Hiram**
technique indications and Remote results of suturi
ments to the Vaginal Wall for retroversions and flex
The American Journal of Obstetrics, august 1900, p. 1
A new method of intra-abdominal operation for
The Boston medical and Surgical Journal, vol. CXI
1900, p. 602. — **Lapthorn Smith**. The operative t
plete prolapse of the Uterus in Ederly Women.
and Pediatry, sept. 1900, n° 12, p. 813. — **Ott**. H
prolapses durch Restitution des Beckenbodens. *Cent*
14 juli 1900, p. 721. — **Richelot**. Sur le traitement
utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par i
La Gynécologie, 5e année, 15 avril 1900, p. 97. —
die Haüfigkeit der Retroversio-flexio uteri bei Fra
symptome. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIII, H
Vineberg (H. N.). Suturing the round ligaments to
for retroversions and flexions of the uterus. *Annals*
Pediatry, vol. XIII, may 1900, n° 8, p. 517. — **V**
zur Lehre der Inversio uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*,

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, etc. — **Beckmann.** Die puerperale Uterusgangrän. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XLII, Hft. 3, p. 423. — **Bouilly (G.).** Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus. *La Gynécologie*, n° 4, 15 août 1900, p. 307. — **Casiccia (V.).** Lacerazioni del collo dell'utero durante il parto. *Archivio di Ostetrica e Ginecologia*, n° 7, Luglio, 1900, p. 394. — **Cocchi.** Sopra un caso di ematometra ed ematosalpinge in utero didelfo. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, maggio 1900, n° 5, p. 386. — **Copling Stinson.** Puerperal Metritis etc. with subsequent acute infection of fistula in ano. sept. 1900, p. 384. — **De Witt.** Membranous Dysmenorrhea. *The Am. J. of Obst.*, sept. 1900, p. 308. — **Dorff.** De la cautérisation utérine par le chlorure de zinc dans le traitement du catarrhe de la matrice. *Bullet. Soc. Belge Gyn.*, 1900-01, t. XI, n° 3, p. 42. — **Dunning.** Acute senile endometritis. *Annales of Gynecology and Pediatrie*, n° 11, august 1900, p. 749. — **Frank T. Andrews.** Malformation of the Uterus. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, n° 5, may 1900, p. 442. — **Godart.** Pyométrie par atrésie cervicale chez une vierge. *La Policlinique*, n° 15, 1er août 1900, p. 229. — **Godart.** Pyométrie chez une vierge, par atrésie cervicale congénitale. Débridement. Troubles mentaux post-opératoires. *Bullet. Soc. Belg. Gyn.*, 1900-01, t. XI, n° 3, p. 39. — **Grandin (E. H.).** Hysterectomy for acute Septic Metritis and Peritonitis. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 450. — **Haultain (U.).** Pathological amenorrhæa from other than Constitutional Causes with Illustrative Cases. *The Edinburgh Medical Journal*, april 1900, p. 333. — **Haultain.** Hæmatometra in Right Horn of an Undeveloped double uterus, successfully treated by abdominal section. *British Medical Journal*, n° 2056, may 26, 1900, p. 1279. — **Johnson.** Steam in the treatment of chronic hyperplastic and Senile endometritis, putrid abortion and puerpueral sepsis. *Boston Med. and Surg. Journal*, vol. C XLII, n° 11, 15 march 1900, p. 269. — **La Torre (F.).** La cura elettrica delle malattie uterine. *La Clinica Ostetrica*, guigno 1900, fasc. 6. — **Leconte.** Hypertrophie congénitale du col utérin. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest*, n°s 2, 3, mars et avril 1900, p. 60. — **Malcolm Storer.** On Intermenstrual Dysmenorrhea. *Boston Med. and Surg. Journal*, 19 avril 1900, n° 16, p. 397. — **Mac Chaleix-Vivie** et **Dan Koller.** Technique nouvelle de l'emploi du bleu de methylène chimiquement pur dans le traitement des métrites. *Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique, Pédiatrie de Bordeaux*, n° 7, juillet 1900, p. 347. — **M. Laren.** The relationship between Dysmenorrhœ and Appendicitis. *The Americ. Gynæc*, july 1900, n° 1, p. 14. — **Meyer (R.).** Ueber Drüsencysten und adenome in Myometrium bei Erwachsenen. *Zeitschrift für Gebürts.*, Band XLII, Hft. 1, p. 130; 329. — **Pichevin.** Voyages en mer et hémorrhagies utérines. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 mai 1900, p. 153. — **Pinküss.** Beitrag zu. Prof. Sneguireff's Endomet. dolorosa. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 908. — **Rondino.** L'Endométrite. *Archivio di Ostetrica e Ginecologia*, n° 7, juglio 1900, p. 410. — **Schiavoni.** Il raschiamento del l'utero nelle infezioni puerperali. *La Clinica obstetrica*, juglio 1900, fasc. 7, p. 253. — **Smyly.** Sarcoma deciduo-cellulare or deciduoma malignum. *The Bristish Gynecological Journal*, august 1900, p. 150. — **Thumim.** Ueber die adenomatöse Hyperplasie am cervicalen

Drüsenanhang des Gartner'schen Ganges (Mit 2 Abbildungen im Text.). *Arch. f. Gynæk.*, Bd 610, H. 1, p. 15.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bœckel** (**J.**). Note sur l'hystérectomie abdominale totale basée sur 60 observations personnelles. *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 8, août 1900, p. 85; n° 9, p. 97. — **Borrmann**. Ein diffuses riesen Zellensarkom der cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien complicirt durch Schwangerschaft und Abortio vierten Monat. *Zeitschrift für Gerburtshülfe und Gynækologie*. Bd. XLIII, Hft. 2, p. 264. 2 Heft, p. 257. — **Burckhard**. Ueber die Dauererfolge der Myomoperationen. *Zeitschrift für Geburts. u. Gynæk.* Band XLIII, Hft. 1, p. 8. — **Burrage** (**W.-L.**). The Conservative operative treatment of fibroids; Report of three cases. *The Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXLII, n° 14, 5 april 1900, p. 349. — **Calderini**. Metrorragia per mioma uterino. Panisterectomia, guarigione. « *Lucina* », n° 1, 1° Gennaio 1900, p. 8. — **Cesaris Demel**. Sopra un caso di miofibrosarcoadenoma dell'utero. *Annali di Ost. e. Gineco.*, n° 8, 1900, p. 605. — **Chicken**. Vaginal Hysterectomy for Uterine prolapse. *British Medical Journal*, n° 2056, may 26, 1900, p. 1277. — **Coe** (**H.**). Detached or Parasitic Tumors of the Uterus and Ovary: *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 3, march 1990, p. 210. — **Coplin Stinson**. Abdominal Hystero-salpingo oophorectomy by a New Method for multiple Fibroïds of the Uterus, fibroïd of the Ovary Congenital Malformation of the vagina. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 458. — **Cushing**. Hysterectomy for myoma in America. *The Boston Medical and Surgical Journal*, n° 8, August 23, 1900, p. 183. — **Dartigues**. The Enucleation of interstitial fibro-myomata by cervico-vaginal Hysterotomy. *The Med. Chronicle*, n° 2, may 1900, p. 90-94. — **Davenport**. Intra-Abdominal amputation of the Uterus: A modification of Hysterectomy. *The Americ. Gynæc.*, july 1900, n° 1, p. 10. — **Davenport**. The mortality of hysterectomie for fibroïds. *The Boston Medical and Surgical Journal*, n° 8, august 23, 1900, p. 181. — **Delagénière** (**H.**). — Operative Indications in Cases of Fibroma complicated by Pregnancy. *Annals of Gyn. and Pediatry*, vol. XIII. n° 7, april 1900, p. 437. — **Duncan** (**W.**). A Clinical Lecture upon the modern treatment of Uterine Fibroïds with Report of 68 consecutive Cases of hysteropexie. *The Lancet*, 21 avril 1900, p. 1109. — **Duplay**. Traitement des fibromes de l'utérus. *Presse médicale*, n° 47, 13 juin 1900, p. 289. — **Evans** (**H.-M.**). A case of Myomectomy for subperitoneal Myoma complicating pregnancy. *British Med. Journal*, 16 déc. 1899, n° 2033, p. 1673. — **Ford** (**W.-E.**). Cancer of the Uterus. *The Am. Gynæcolog. and Obst. Journal*, vol. XVI, june 1900, n° 61, p. 510. — **Fouquet**. A propos d'un cas de fibrome calcifié de l'Utérus. *Gazette des Hôpitaux*, n° 60, 24 et 26 mai 1900, p. 605. — **Franklin H. Martin**. Removal of the Bladder as a preliminary to or co-incidental with hysterectomy for cancer in Order to extend the possibilities of surgery for Malignant diseases of the Pelvis. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, n° 5, may 1900, p. 1395. — **Goldspohn**. Two Cases of Intest. Obstruc. following Vag. Hyst. and one after Pelvic Abscess with a Secondary Operat. in Each Case. *Medical Record*, 8 sept. 1900, p. 374 — **Gow** (**W.-G.**). Some Remarks on the operative Treatment of Uterine fibroïds. *Annals of Gyn. and Pediatry*, march 1900, vol. XIII, n° 6, p. 394. — **Greco**. Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell'utero. *Archiv. ital. de Ginec.*,

pation of the uterus for excessive hypertrophy and prolapse. *British Medical Journal*, n° 2056, 26 may 1900, p. 1276. — **Hofmeier**. Fibromyome und Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 3, p. 383. — **Howard A. Kelly**. The evolution of my technique in the Treatment of fibroïd uterine Tumors. *The Am. J. of Obst.*, sept. 1900, n° 3, p. 289. — **Iwanow**. Noch ein Fall einer totalen vaginalen Extirpation einer während der Geburt rupturirten Gebärmutter. *Centralb. f. Gyn.*, n° 26, 30 juni 1900. p. 668. — **Jacobs**. Fibromatose génitale ; fibrome de l'ovaire, fibrome utérin et fibrome du ligament large. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, n° 10, p. 249. — **Johnston (G.-B.)**. Treatment of Cancer of the Cervix of the Uterus complicated by Pregnancy. *Boston Med. and Surgical Journal*, 19 april 1900, n° 16, p. 401. — **Jonnesco (Th.)**. Hystérectomie abdominale totale. *Bull. Soc. de chirurgie de Bucarest*, t. II, n° 3-4, nov.-déc. 1899, janv.-févr. 1900, p. 113. — **Kingman**. Two cases illustrating conservative operations for Uterine fibroids. *The Boston med. and Surg. Journal*, vol. CXLII, n° 14, 5 april 1900, p. 352. — **Krebs**. Histologie und zum klin. Verlaufe der chorio Epitheliome. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 898. — **Küstner**. Ein operatives Palliativverfahren bei inoperablem Carcinoma uteri. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 14, april 1900, p. 361. — **Lapthorn Smith**. An appreciation of Kelly's Method of Removing the fibroid uterus by the abdomen. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, n°. 8, p. 539. — **Lauwers**. Myôme sous-muqueux ramolli. Difficultés de diagnostic. *Bulletin de la Soc. belge de Gynécol. et d'Obst.*, 1900-1901, t. XI, n° 2, p, 19. — **Lauwers**. Myôme volumineux avec adhérences épiploïques et intestinales étendues. Démonstration de la pièce anatomique. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, n° 3, p. 66. — **Leopold**. Untersuchungen zur Aetiologie des Carcinoms und über die pathogenen Blastomyceten. (Mit Taf. 1-VI.) *Arch. f. Gynæk.*, Bd 61, H. 1, p. 77. — **Ludwig-Kleinwächter**. Einige Worte über die Complication von Uterusmyom und Diabetes. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 2 Heft, p. 373. — **Mangiagalli**. La cura chirurgica dei fibromi uterini. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, n° 2, feb. 1900, p. 145. — **Mangiagalli**. La chirurgia dei fibromi uterini. *Archivio italiano di Ginecologia*, n° 3, augnio 30, 1900, p. 232. — **Marchei**. Sul corio-epithelioma e suoi rapporti anatomici e clinici con la mola vescicolare. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, n° 2, feb. 1900, p. 114. — **Matthew D. Mann**. Fibroid tumor of uterus ; Enteroptosis ; Retroversion ; Ruptured perineum. Operations. Recovery. *Medical News*, n° 1427, 19 may 1900, p. 780. — **Oliver (J.)**. A case of multiple papilloma of the vaginal surface of the Cervix Uteri. *The Lancet*, n° 4004, 26 may 1900, p. 1513. — **Olshausen**. Beitrag zur conservativ-chirurgischen Behandlung der Uterusmyome. *Zeitschrift für Geburts. u. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 1, p. 1. — **Otto v. Weiss**. Zur Kasuistik der Selbstausstössung grosser Fibrome. *Central. f. Gyn.*, n° 23, 30 juni 1900, p. 665. — **Pétron**. *L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale. Th. Paris*, 1899-1900, n° 284. — **Pichevin**. A propos de l'hystérectomie vaginale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 17 avril 1900, p. 121. — **Pichevin**. Diagnostic du cancer utérin au début. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 mai 1900, p. 161. — **Polk (W.-M.)**. Extirpation of the Uterus, Vagina and Rectum for Carcinoma. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 3, march 1900, p. 216. —

Racoriceano-Pitesti. Hystérectomie abdominale sub-totale. *Bull. Société de chirurgie de Bucarest*, t. II, nº 3-4, nov.-déc. 1899; janv.-fév. 1900, p. 95. — **Richelot (G.)**. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *La Gynécologie*, nº 4, 15 août 1900, p. 289. — **Riddle Goffe**. Cocaine anesthesici by lumbar puncture. Two cases of hysterectomy. *Medical News*, 13 oct. 1900, p. 559. — **Rouffart**. Cancer utérin au début avec ganglions iliaques malades. *Soc. belge de Gynéc. et Obst.*, année 1899-1900, t. X, nº 10, p. 259. — **Rouffart**. Fibrome utérin. Laparo-hystérectomie supra-vaginale basse. Guérison. *Bullet. Soc. belge Gynéc.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 68. — **Rouffart**. Ganglions lymphatiques pelviens extirpés dans une cure de cancer utérin par laparotomie. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XI, nº 1, p. 15. — **Santi**. Su alcune minute particolarita di struttura dei miomi uterini. *Archivio di Ostetrica e Ginecologia*, nº 8, agosto 1900, p. 472. — **Sippel**. *Uber e. eigenthümliches Carcinom des Uterus, der linken Tube u. des rechten Parametriums.* Diss. *Tubingen F. Pietzcker.*— **Skene (A.-J.)**. The Management of Pregnancy occurring in connection with Myofibromata of the Uterus. *Th. Am. Gynæcolog. and Obst. Journ.*, vol. XVI, june 1900, nº 6, p. 481. — **Smith (L.-A.)**. Some Observation on Pryor's Method of Removing the fibroïd Uterus. *Amer. J. Obst.*, juin 1900, p. 765. — **Spinelli**. Primi tentativi di chirurgia conservatrice nei fibromiomi dell utero. *Archivio italiano di Ginecologia*, nº 3, 30 augnio 1900, p. 193. — **Stapler (D.)**. Hysterectomia rapida. *Centralblatt für Gynäkologie*, 7 april 1900, nº 14, p. 363. — **Tridondani**. Contrib. clinico ed anat. path. allo studio dei fibromi cervicali. *Annali di Obst. e Gineco*, luglio 1900, nº 7, p. 553. — **Trovati**. I metodi operativi nei tumori fibrosi dell' utero e delle loro indicazioni a proposito de 46 casi operati nella Maternita di Pamma tone. *Pammatone archivio medico degli ospedali civili de Genova*, nº 2, p. 50; nº 3, p. 81. — **Van Hassel**. Fibrome et grossesse. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 58. — **Victor (A.)**. A Peculiar case of adenocarcinoma of the Body of the Uterus. *The Boston med. and surg. Journal*, vol. CXLII, nº 14, 5 april 1900, p. 353. — **Vitanza (R.)**. Se nel carcinoma limitato al collo dell' utero e da preferire sempre l'ablazione totale all' asportazione parziale. *Archivio di Obstetricia e Ginecologia*, maggio 1900, nº 5, p. 257. — **Waldstein**. Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses (Mit 2 Curven im Text). *Arch. f. Gynæk.*, Bd 61, H. 1, p. 52. — **Walla (A.)**. Ruptura utero completa; abdominale totale stirpation, Heilung. *Centr. f. Gynäk.*, nº 19, 12 mai 1900, p. 497. — **Warden**. Eighteen Consecutive Cases of Abdominal Hysterectomy: Technique and Results. *The Lancet*, nº 4024, 13 oct. 1900, p. 1067. **Williams (R.)**. Inversion of the Myomatous Uterus. *The Lancet*, 28 april 1900, p. 1023. — **Willis E. Ford**. Uterine Fibroïds complicated by Pregnancy. *Medical News*, 31 march 1900, p. 485. — **Winter (G.)**. Genügt die vaginale Uterus extirpation alsradicale Krebsoperation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 3, p. 509. — **Zennaro**. Sui miofibromi de l'uterus. *Riforma medica*, 1900, nº 124, p. 553, 565 et 577. — **Zimmern**. Traitement des fibromes par l'électricité. *Rev. de Gyn.*, janv.-fév. 1900, p. 111.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Auché**. Etranglement intestinal expérimental. *Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*,

Gazette d. Hôpitaux, nº 83, 24 juillet 1900. — **Clark (J. G.)**. A Rewiew of the non operative treatment of certain pelvic inflammatory Lesions. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, nº 4, april 1900, p. 333. — **Duffett (H.)**. A case of diffuse suppurative peritonitis from gangrene of the appendix : laparotomy ; recovery ; with notes on the frequency and mortality of peritonitis. *The Lancet*, nº 4019, p. 731. — **Dührssen**. Ueber conservative Behandlung von eiterhaltigen Adnextumoren (Pyosalpinx u. Pyoovarium) durch vaginale Incisionmethoden. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXI, Hft 3, p. 426. — **Flobus Lawrence**. Pelvic suppuration. *Annals of Gynec. and Pediatry*, sept. 1900, nº 12, p. 805. — **Fortan (E.)**. Piosalpinx derecho, colpotomie posterior. *El Progreso medico*. La Havane, avril 1900. — **Garrigues (L.)**. A new method for retroperitoneal drainage of pyosalpinx, with a report of five cases. *Medical News*, vol. LXXVI, nº 21, whole, nº 1428, 26 may 1900, p. 816. — **Giddings**. A case of volvulus complicated by peritonitis operation, recovery. *The Boston medical and surgical Journal*, nº 7, 16 august 1900, p. 160. — **Greene Cumston**. General remarks on the pathology and symptomatology of acute pelvic suppurative processus in the female and their treatment by posterior colpotomy. *The Boston medical and surgical Journal*, nº 3, 13 july 1900, p. 51. — **Hermann (G.)**. Clinical Lecture on puerperal inguinal Parametritis ; or the common kind of Pelvic Cellulitis. *British Medical Journal*, nº 2056, 26 may 1900, p. 1273. — **Hiram N. Vineberg**. Assoc. of Chronic appendicitis with disease of the right Adnexa. *Med. Record*, 2 june 1900. — **Jacobs**. De la péritonite tuberculeuse. *Bullet. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1900-1901, t. XI, nº 2, p. 21. — **Jacobs**. Pyosalpinx bilatéral de volume exceptionnel. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 53. — **Kerher**. *Ueber die Dauererfolge der Laparatomie bei Peritonitis tuberculosa*, Leipzig, 1900. — **Lauwers**. Obstruction intestinale subaiguë par brides, chez une jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Guérison. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 41. — **Lindfors**. Fall von atrophisirender Gefassunterbindung bei einer, wahrscheinlich tuberculosen Salpingitis bilateralis wegen Unmöglichkeit der Exstirpation. *Centralbl. f. Gynäk.*, nº 41, 13 october 1900, p. 1066. — **Noble (H. G.)**. Spontaneous amputation of Tube and ovary. *Am. j. of Obst.*, sept. 1900, p. 367. — **Palm**. Ueber die Massage Behandlung bei tubaren Erkrankungen. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gyn.*, Band XI, juin 1900, Heft 6, p. 1092. — **Pichevin**. Inflammation annexielle. Entérite. *Sem. gyn.*, 24 avril 1900. — **Rouffart**. Abcès du ligament large pris pour un abcès de la trompe communiquant avec l'utérus. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XI, nº 1, p. 12. — **Rouffart**. Deux cas de suppurations pelviennes. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 4, p. 73. — **Rouffart**. Hydrosalpinx double. Salpingectomie avec conservation des ovaires. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 66. — **Rouffart**. Torsion de la trompe ayant déterminé sa section complète. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XI, nº 1, p. 4. — **Rouffart**. Un cas de pyosalpinx tordu. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, nº 10, p. 257. — **Routier**. De l'hématocèle rétro-utérine et de son traitement. *La Gynécologie*, 15 avril 1900, p. 120. — **Van Hassel**. A propos d'un cas de péritonite tuberculeuse avec obstruction intestinale. *Bulletin Soc. belge de Gynécol. et d'Obst.*, 1900-1901, t. XI, nº 2, p. 26.

acute and chronic torsion of the ovarian pedicle in the same subject. *British medical Journal*, n° 2063, 14 july 1900, p. 75. — **Baldwin.** A large multilocular, ovarian tumour. *British medical Journal*, n° 2063, 14 july 1900, p. 79. — **Bandler.** Die Dermoidcysten des Ovariums, ihre Ankunft von dem Wolff'schen Körper. *Archiv. für Gynakologie*, Bd. LXI Hft 2, p. 277. — **Beyea (H.-D.).** Dermoid Cystoma of the Pelvic Connective Tissue; with the Report of a case. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 433. — **Bollenhagen.** Beitrag zur Pathol. des Eierstocks. *Zeitschrift für Geburtsh.* Bd XLIII, Hft, p. 60. — **Burrage (W.-L.).** The Remote Results of Conservative Operations on the Ovaries and Tubes. An analysis of Eighty Five Cases. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, n° 8, p. 514. — **Burrage.** The remote results of conservative operations on the Ovaries and Tubes. *The American Journal of Obstetrics*, august 1900, p. 195. — **Cabaniols.** *Des kystes tubo-ovariens.* Th. Paris, 1899, 1900, n° 288. — **Carbanel.** Réduction du pédicule après l'extirpation des kystes de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Bucarest*, avril-mai-juin 1899, p. 57. — **Dixon Jones.** Colloïd degen. of the ovaries. *Med. Record*, 4 nov. 1899, p. 657. — **Ferroni.** Contributo allo studio dei liquidi cistici dell' ovaio. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, maggio 1900, n° 5, p. 305. — **Ferroni.** Contributo allo studio dei liquidi cistici dell' ovaio. *Annali di Ost. e Ginec.*, giugno 1900, n° 6, p. 439. — **Fischer.** Zur Frage der Erhaltung von Ovarialresten. *Centralblatt für Gynækologie*, n° 31, 4 august. 1900, p. 817. — **Gräupner.** Ein Beitrag zur Casuistik der Beckenechinokokken. *Centr. f. Gynäk.*, 21 avril 1900, p. 417. — **Gwilym G. Davis.** Multilocular Cystic Growth of Ovary, Accompanied by increased Growth of Hair and Change of Voice, with Recurrenc in the abdominal Incision. *The American Journal*, may 1900, p. 620. — **Jacobs.** Fibrome de l'ovaire. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, n° 3, p. 53. — **James H. Mc Kee.** A Large Dermoid Cyst of the Ovary in a Child of seven years. *University medical magazine*, vol. XIII, april 1900, n° 2, p. 116. — **Lauwers.** Fibro-sarcome de la fosse iliaque compliqué d'une grossesse à 4 mois. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, n° 10, p. 250. — **Lauwers.** Pseudo-myxomes de l'ovaire. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, n° 10, p. 252. — **Macnaughton Jones.** Carcinoma adeno-fibroma and adenoma of the ovary. *The British Gynæcological journal*, Londres, février 1900, p. 590. — **Maynard.** Ovariotomie double sans névralgie persistante. *Le Languedoc médico-chirurgical*, n° 16, 25 août 1900, p. 311. — **Muskat.** Ein Beitrag zur Casuistik der Tubenmyome (Mits Abbildungen im Text). *Arch. f. Gynæk.*, Bd. 61, H. 1, p. 121. — **Noto.** Un caso di ciste dermoide della tromba. *Arch. italiano di Ginec.*, 30 agosto 1900, n° 4, p. 289. — **Novy.** Ein Fall von primarem Tubencarcinom. *Monatsschrift für Geburts. und Gynæk*, Band XI, juni 1900, Heft 6, p. 1043 — **Otto v. Franqué.** Ovarial cyste mit Abdrehung des Stiels beim Neugeborenen. *Zeischrift für Gerburtshülfe und Gynækologie*, Bd. XLIII, Heft 2, p. 240. — **Pick (L.).** Ist das Vorhandensein der Adenome des Epoophoron erwiesen? *Centr. f. Gynäk.*, 14 april 1900, n° 15, p. 389. — **Rocher.** Fibrome de l'ovaire, douleur ovarienne. *Rev. mens. de Gyn. Obst. te Pædiatr. de Bordeaux*, n° 6, juin 1900, p. 316. — **Rouffart.** Fibrome de l'ovaire avec pédicule tordu (pièce anatomique). *Bull. Soc. belge Gynéc. et d'Obst.*, 1900-1901, t. XI, n° 2, p. 34. — **Rouffart.** Kyste

et d'Obst., 1900-1901, t. XI, nº 2, p. 36. — **Rouffart.** Kyste ovarien de 5 kilogrammes. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, année 1899-1900, t. X, nº 10, p. 255. — **Sengeusse (R.).** Enorme kyste de l'ovaire à évolution lente. Ovariotomie. Guérison. *Annales de la policlinique de Bordeaux*, avril 1900, nº 4, p. 57. — **Skene Keith.** Ovarian cyst, removed from the abdominal. *The British Gynecological Journal*, august 1900, p. 168. — **Stouffs.** Dégénérescence sarcomateuse des ovaires ; ascite énorme, état général grave. Laparotomie. *Bullet. Soc. belge. Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 56. — **Victor (C.).** A case of inflammed peritoneal cyst simulating ovarian cyst with twisted pedicle. *The Boston*, 4 oct. 1900, p. 339. — **Vidal.** Opérations conservatrices des annexes de l'utérus. *Rev. de Gyn.*, janv.-fév. 1900, p. 81. — **Wathen (W.-H.).** The technique of operations for intraligamentary Tumors. *Am. J. of Obst.*, sept. 1900, p. 335. — **Wilms.** Eine Bemerkung zu der Arbeit des Herrn Dr. S. W. Bandler : Zur Entstehung der Dermoidcysten. *Arch. f. Gynæk.*, Bd 61, H. 1, p. 203.

ORGANES URINAIRES. — **Baldwin.** Three Rare Cases of Kidney Cysts. *Amer. Journal of Obstetrics*, novembre 99, p. 643. — **Condamin.** Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales post-opératoires : spontanéité de la guérison. *La Semaine gynécologique*, Paris, 12 juin 1900, p. 185. — **Gibson.** Uretero-vaginal fistula, with notes of a case for wich uretero-cystostomy was perfomed. *The Edinburg medical Journal*, nº 2, august 1900, p. 147. — **Harrington (J. B.).** Pudendal Hernia of the Bladder in a Woman forty six years of age. *Boston med. and Surgical Journal*, 26 april 1900, p. 431. — **Kalischer.** *Die Urogenitalmuskulatur des Dammes m. besond. Berücksicht. des Harnblasenverschlusses*, Berlin, S. Karger. — **Keiffer (J. H.).** Anatomie et physiologie vasculaire et nerveuse de la vessie. *La Gynécologie*, nº 4, 14-15 août 1900, p. 316. — **Knorr (R.)** Ueber « Irritable Bladder » beider Frau. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækol.*, Band XI, juni 1900, Heft 6, p. 1047. — **Kolischer (G.).** Das Retrostrikturaleœdem der weiblichen Blase. *Centr. f. Gynäk.*, 28 april 1900, p. 446. — **Lachie-Lamond.** Suppression of urine following cystitis. *The Edinburg medical Journal*, nº 2, august. 1900, p. 143. — **Mason Knox.** Compression of the Ureters by Myomata uteri. *Am. J. of Obst.*, sept. 1900, p. 348. — **Mirabeau.** Instrumentarium zur Endovesicalentherapie beim Weibe. *Centralblatt für Gynäkologie*, nº 36, 8 sept. 1900, p. 937. — **Montgomery.** Combined nephrectomy and Ureterectomy. *Am. J. Obst.*, juin 1900, p. 751. — **Mordret fils.** Tumeur papillaire de la vessie ayant déterminé un volumineux polype sortant par l'urèthre. *Archiv. med. d'Angers*, nº 5, 20 mai 1900, p. 220. — **Newman (D.).** Calculi inpactea in the Ureters. *British medical Journal*, 21 april 1900, p. 949. — **Noble (G. H.).** Nephro-ureterectomy. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 462. — **Petit (P.).** Cystopexie indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne. *La Gynécologie*, nº 4, 15 août 1900, p. 312. — **Ramsai (O. G.).** Primary Renal Tuberculosis. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, june 1900, nº 9, p. 581. — **Reuben Peterson (M. D.).** Anastomosis of the ureters with the intestine. An Historical and experimental Research. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XIII, may 1900, nº 8, p. 532. — **Reverdin.** Deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par la méthode de dédoublement. *Revue médicale de la Suisse romande*, nº 9, 20 sept. 1900, p. 475. — **Spassokoukozky (S.).** Eine neue Methode Vesico-vaginalfis-

teln zuzunähen. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° p. 646. — **Stone**. The Treatment of persistent feca *Obst.*, juin 1900, p. 823. — **Vitrac**. Il decubito ve nella cura delle fistole vescico-vaginali (con 10 fig *Ostetrica*, settembr. 1900, vol. II, fasc. 9, p. 3 Injuries of the Bladder occurring in the course operations. *British Med. Journal*, n° 2055, 9 may **William R. Pryor**. A New method of Treating the culous Disease of the Kydney and Ureter. *Amer. Journ* 1900, p. 470. — **Willy Meyer**. Total Extirpatio *Medical News*, 22 sept. 1900, p 448. — **Young**. Bladder Combined with Epispadias. *Medical Ne* p. 19.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Cabot**. Do Pregnancy. *Boston med. and Surgical Journal*, 26 a — **Cragin**. The Treatment of Full-Term Ectopic *Am. J. Obst.*, juin 1900, p. 740. — **Hellier**. Case gestation ruptured treated by abdominale section *Journal*, n° 2063, 14 july 1900, p. 77. — **Jacobs**. utérine opérée à terme ; mère et enfant vivant *Gyn. et d'Obst.*, t XI, n° 1. p. 7. — **Jacobs**. Gross avec inondation péritonéale ; laparotomie ovaro-salpi méningite tuberculeuse ; mort. *Bullet. Soc. belge* t. XI, n° 3, p. 51. — **Lauwers**. Grossesse extra-uté terme. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, t. XI, n° 1, Sur l'inondation péritonéale : à propos du traitement et des grossesses extra-utérines. *Bull. et Mém. de* rurgie de Paris, 15 mai 1900, p. 516. — **Urbain**. droit ; grossesse extra-utérine gauche. Rupture du ky kyste ovarique. Opération ; guérison. *Société belge d* t. XI, n° 1, p. 10. — **Webster**. Intraperitoneal Hæ dered in relation to ectopic gestation. *Amer. Gyn. ar* n° 5, may 1900, p. 434.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Braquehaye**. Des ad ques après laparotomie. *Gazette hebd. des Scien Bordeaux*, n° 41, 14 oct.-déc. 1900, p. 486. — **Bell**. Infantile Intussusception with special reference t Primary Laparotomy. *The Edinb. Med. J.*, july **Byford** (H.). After Treatment of Peritoneal Section. *A Obst. Journal*, april 1900, n° 4, p. 289. — **Gottschal** und Behandlung der Bauchnabenbrüche nach Laparoto *Gynäkologie*, Bd. 61, Hft 3, p. 405. — **Hunter Robb**. Modern Aseptic Surgical Technique as demonstrated Hundred and Fourteen Consecutive, Unselected Ab without a Death ; with Clinical and Pathological Rep *rican Journal*, may 1900, p. 661. — **Jonnesco**. Nouve minal applicable à toutes les laparotomies (avec 8 fig. *médicale*, n° 45, p. 277. — **Jonnesco**. Un cas de splé *tins et mémoires de la Société de Chirurgie de Bucares* avril 1900, p. 60. — **Méndez**. Laparotomia explora *medicina y cirurgia*, n° 14, 25 julio 1900, p. 343. Phelps Operat. for Hernia and Method of Closure of *Medical Record*, 22 sept. 1900, p. 441. — **Pichevin**. nales. *La Semaine gynécologique*, Paris, 27 mars 1

Presno. De la resección del epiploon y del apéndice en las laparotomias por apendicitis cronica y por anexitis. *Revista de medicina y Cirurgia*, 25 junio, nº 12, p. 293. — **Ribreyend**. Dangers et résultats de l'hémostase incomplète dans les petites opérations péritonéales. *Rev. de Gyn.*, janv.-fév. 1900, p. 91. — **Stone**. The mortality resulting from Abdominal Section for Pus in the Pelvis. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, april 1900, nº 4, p. 291. — **Stouffs**. Invagination du cæcum dans le gros intestin jusqu'à l'anus; obstruction intestinale. Laparotomie, résection du cæcum. *Bullet. Soc. belge Gyn.*, 1900-1901, t. XI, nº 3, p. 55.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Dawson**. A few practical points in the management of Labor. *Pacific Med. Journal*, may 1900, p. 321. — **Fieux**. Recherches cliniques sur la rupture spontanée des membranes au cours de l'accouchement physiologique. *Revue mens. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, février 1900, t. II, nº 2, p. 101. — **Malcolm-Molean**. When is it proper to interfere in apparently difficult or Delayed cases of Labor, Especially in primiparæ. *Medical News*, 30 june 1900, p. 1033. — **Modest Popescul**. Gesichtslage, Kinn hinten. *Centralblatt für Gynäkologie*, nº 31, 4 august. 1900, p. 819. — **Stone (J. S.)**. Injuries about the shoulder at Birth. *Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXLII, nº 11, 15 march 1900, p. 265.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bertnio**. La permeabilita renale al bleu di Metilene nello stato puerperale fisiologico. *Arch. di Ostetricia e Ginec.*, sept. 1900, nº 9, p. 513. — **Edwin G Conklin**. The Fertilization of the Eggand, Early Differenciation of the Embryo. *University Medical Magazine*, march 1900, vol XIII, nº 1, p. 14. — **Elis Essen Möller**. Ueber einige Gefässanomalien der Placenta. *Zeitschrift für Geburts. u. Gyn.* Band XLIII, Hft. 1, p. 97. — **Ferroni**. Sulla topografia del cuore nello stato puerperale. *Annali di Ost. Ginec.*, nº 8, 1900, p. 620. — **Kurz (J.)**. Ueber eine Relation zwischen Sternum und Conjugata. *Centr. f. Gynäk.*, 14 april 1900, nº 15, p. 397. — **Marie** et **Cluzet**. Pelvimétrie radiographique. *Archives médicales de Toulouse*, 15 avril 1900, nº 8, p. 169. — **Miotti**. Contributo allo studio istologico del fegato durante la gravidanza. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1900, nº 9, p. 733. — **Mordret**. Radiographie d'un bassin, lésion de coxo-tuberculose. *Archives médicales d'Angers*, nº 7, 2 juillet 1900, p. 324. — **Newman-Dorland**. Placental transmission. *The Americ. Gynæcolog. and Obs. Journ.*, vol. XVI, june 1900, nº 6, p. 517. — **Petit (A.)**. Modifications de la muqueuse utérine pendant la menstruation, la grossesse utérine et la grossesse ectopique. *Sem. gynéc.*, 5 juin 1900. — **Schrader**. Einige abgrenzende Ergebnisse physiologischer-chemischer Untersuchungen über den Stoffwechsel während der Schwangerschaft u. im Wochenbett. *Arch. f. Gyn.*, 1900, Bd. LX, Heft. 3, p. 534. — **Stähler-Winckler**. Sind die aus Vaginalsekret züchtenden Streptokokken eine besondere, von Streptococcus pyogenes unterscheidbare Art von Kettenkokken. *Monatsschrift fur Geburtshülfe und Gynækologie*, Band. XI, juni 1900. Heft 6, p. 1027. — **Tridondani**. L'eccicabilita reflessa e l'eccitabilita elettrica in gravidanza. *Annali di Ost. e Ginecologia*, marzo 1900, nº 3, p. 203. — **Westermark**. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die Wehenthätigkeit des mens-

Texti. *Arch. f. Gynæk.*, Bd LXI, Heft 1, p. 134.

GROSSESSE. — **Caruso (F.).** Sulla persistenza del l'emorragia mensruale durante la gravidanza. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VII, april 1900, nº 4, p. 201. — **Davis (E. P.).** Treatment of the Patient during the Weeks Previous to Expected Confinement. *Med. Record*, octobre 1900, p. 605. — **Ferroni.** Sulla grafica del soffio uterino nelle gestanti. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, nº 4, aprile 1900, p. 241. — **Marocco.** Sulla rottura delle membrane e sue cause in gravidanza e sulla cicatrizzazione dei lembi di rottura. *Annali di Ostetricia*, anno XXII, nº 2, feb. 1900, p. 81.

SUITES DE COUCHES. — **Bidone.** Sui primi giorni di puerperio. « *Lucina* », nº 4, p. 50; nº 5, 1º maggio 1980, p. 66.

DYSTOCIE. — **Andérodias.** Etude sur les bassins viciés par paralysie infantile. *Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, nº 41, 14 oct. 1900, p. 483. — **Delagénière (H.).** Operative Indications in cases of Fibroma complicated by Pregnancy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, vol. XXXII, nº 7, avril 1900, p. 437. — **Doléris.** Fibromes utérins et grossesse; pronostic et traitement. *La Gynécologie*, 5e année, 15 avril 1900, p. 106. — **Draghiescu si Dr. Corneliu Cristeanu.** Distocie produsa printr'un kist al peretelni posterior al vaginului. *Revista de Chirurgie*, anul AL IV, lea, nov. 6, junie 1900, p. 241. —**Engstrom.** *Ueber Schwangerschaft im unvolkommenentwickelten Horne e. Uterus bicornis unicollis.* Berlin, 1900. — **Enocus (H. M.).** A case of Myomectomy for subperitoneal Myoma complicating pregnancy. *British Med. J.*, 16 déc. 1899, nº 2033, p. 1673. — **Glœckner (H.).** Beiträge zur Lehre vom engen Becken. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 3, p. 547. — **Johnston (G.B.).** Treatment of Cancer of the Cervix of the Uterus complicated by Pregnancy. *Boston Med. a. Surg. J.*, 19 avril 1900, nº 16, p. 401. — **Lewis Henry.** The management of impacted cases. *The American Journal Obstetrics*, nº 1, july 1900, p. 51. — **Menge.** Schwangerschaft und Geburt nach Hysterokolpokleisis. *Centr. f. Gynäk.*, 31 marz 1900, nº 13, p. 339. — **Philander** et **Harris.** The utility of a certain chart for the determination of pelvic asymetry from a simple method of external pelvimetry. *The American Gynækologic. and Obstetrical Journal*, nº 2, august 1900, p. 101. — **Stevens.** Parturition complicated with suppurating fibroids. *The Boston medical and surgical Journal*, nº 3, 19 july 1900, p. 56. — **Willis E. Ford.** Uterus Fibroids complicated by Pregnancy. *Med. News*, 13 mars 1900, p. 485. — **Winn (Ch.).** Bicornate uterus, with pregnancy. *The Boston Med. and Surgical Journal*, nº 20, 17 may 1900, p. 511.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Gausen (D.-P.).** Twin Pregnancy with Central Placenta Prævia. *British Med. Journal*, 21 april 1900, p. 960.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bianchi.** Gravidanza extra-uterina at otto mesi. *Arch. ital. de Ginec.*, anno III, 30 aprile 1900, nº 2, p. 158. — **Clark (J. G.).** Two Cases of Extrauterine Pregnancy: *a)* Tubo-ovarian Pregnancy following Relapsing appendicitis; *b)* Ruptured Tubal Pregnancy with Symptom of Infection Treated by vaginal Puncture. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 481. — **Coe (H.-C.).** Pain as a Pathognomonic Symptom of ectopic Pregnancy. *Medical News*, 21 april 1900, p. 601. — **Cornil.** Anat. et histol. de la grossesse tubaire. *Revue de Gyn.*, janv.-fév. 1900, p. 3. — **Davis.**

Davis E. P. . The differential diagnosis of ectopic gestation. *The American Journal of the med. sciences*, Philadelphie, mai 1900, p. 539. — **Frederick W. Johnson**. A case of extra-uterine pregnancy, with operation. *The Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXLII, n° 14, 5 april 1900, p. 355. — **Gintsch**. Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1900, Bd. LX, Hft. 3, p. 365. — **Horgan (M.)**. The Pathology of tubal Pregnancy. *The American Journal of Obstetrics*, august, 1900, p. 145. — **Jacobs**. Grossesse extra-uterine opérée à terme ; mère et enfant vivants. *Second congr. de Gyn. et d'Obst.*, t. XI, n° 1, p. 7. — **Jayle et L. Delherm**. Grossesse extra-utérine et intra-ligamentaire vers le cinquième mois. *Rev. de Gyn.*, janv.-fév. 1900, p. 29. — **Jung**. Beitrag zur operativen Behandlung der Eileiterschwangerschaft. — Tubenmole-Mortbildungen. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 22, 2 juni 1900, p. 575. — **Klingensmith**. A Case of Extrauterine pregnancy with retained dead fœtus. Bones for seventeen years. *Am. J. Obst.*, sept. 1900, p. 386. — **Kolbe**. Eine gegen Ende des ersten Monats durch Berstung und Verblutung scheinbar tödlich abdaufende Tubenschwangerschaft. *Monatsschrift für Geburts. und Gynæk.*, Band XI, juni 1900, Heft 6, p. 1112. — **Matteli**. Contributo clinico alla diagnosi ed al trattamento della gravidanza tubarica. *Arch. ital. de Ginec.*, anno III, 30 aprile 1900, n° 2, p. 161. — **Meek H.**. Abdominal Pregnancy : Report of a Case. *The American Journal*, mai 1900, p. 624. — **Noble C. P.**. Remarks on Extra-uterine Pregnancy. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 3, march 1900, p. 205. — **Pinna Pintor**. Un caso di gravidanza extra-uterina non esito raro. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XXII, Num. 2 feb. 1900, p. 103.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ahlfeld**. Die Behandlung des Nabelschnurrestes. *Centr. f. Gynäk.*, 31 März 1900, n° 13, p. 337. — **Andérossias (J.)**. Un cas de dystocie fœtale ; hydrocéphalie avec spina-bifida et pieds bots. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 12, août 1900, p. 374. — **Andebert**. L'enfant né avant terme. *Arch. Méd. Toulouse*, n° 10, 15 mai 1900, p. 227. — **Audion**. Infections ombilicales, chez le nouveau-né. *Gazette des hôpitaux*, n° 63, 2 juin 1900, p. 629. — **Ballantyne (J. W.)**. A Problem in Antenatal Pathology ; Recurrent Monstriparity. *The American Journal*, may 1900, p. 577. — **Ballin**. Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin. *Centralbl. für Gynäk.*, n° 20, 19 mai 1900, p. 521. — **Ballin**. Nochmals Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin. *Central. f. Gynäk.*, n° 38, 22 sept. 1900, p. 988. — **Ballin**. Ein Fall von Verblutungstod an der unterbundenen Nabelschnurr. *Centralbl. für Gynäkol.*, n° 43, 27 okt. 1900, p. 1125. — **Biedert**. *Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Endr. Stuttgart.* — **Calderini (G.)**. Importanza della pathologia degli annessi fetali e specialmente delle anomalie del cordone (Conferenza). *Lucina*, n° 6, 15 giugno 1900, anno V, p. 81. — **Calderini**. Importanza della patologia degli annessi fetali e specialmente delle anomalie del cordone. *Lucina*, n° 7, 1° luglio 1900. — **Campacci**. Emorragia mortale per lesione dei seni venosi in un neonato. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, n° 7, luglio 1900, p. 385. — **Chauveau**. Obstruction nasale chez le nouveau-né. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 28, avril 1900, p. 325. — **Chavannaz**. De l'évisocération post-opératoire spontanée. *Revue mens. de Gynécol., Obst. et Pédiatrie de Bordeaux*, t. II, n° 5, mai 1900, p. 244. — **Chrétien**. Accouchement gémellaire avant

Quebec, juin 1900, nº 10, p. 523. — **Crovetti**. Inversione totale dei visceri in feto idrocefalico. *La Clinica Ostetrica*, giugno 1900, f. 6. — **Diarmid**. Fœtal Malformation. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, nº 5, may 1900, p. 430. — **Kirch**. Extraktion eines lebenden Kindes 19 Minuten nach dem Tode der Mutter. *Centralblatt für Gynäkologie*, nº 25, 23 juni 1900, p. 648. — **Kriwsky**. Ein Fall von Bauch-Blasen Schambeinspalte mit Verdrehung der unteren Extremitäten. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 895. — **Lewis (H. F.)**. Cranio-Rhachischisis. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, nº 4, april 1900, p. 302. — **Marchesse**. Rara mostrusita fœtale in donna sifilitica. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, nº 8, agosto 1900, p. 475. — **Mirabeau**. Beitrag zur Lehre von der fœtalen Cystenniere. *Monats. für Geburts. und Gynäk.*, Bd. IX, Heft 1, janv. 1900, p. 216. — **Petit et Aubaret**. Phlegmon de l'orbite d'origine obstétricale chez le nouveau-né. *Rev. mens. de Gyn., Obst. et Péd. de Bordeaux*, mars 1900, nº 3, p. 165. — **Rieck**. Erwiederung auf Ballin « Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin ». *Central. f. Gynäk.*, nº 29, 21 juli 1900, nº 753. — **Rieck**. Versorgung des Nabels der Neugeborenen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 918. — **Steinbuchel**. Ueber Nabelschnurbruch und Blasenbauchspalte mit Cloakenbildung von Seiten des Dünndarmes. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LX, Hft. 3, p. 385. — **Thoma**. Ueber die Entstehung der falschen Knoten der Nabelschnur nebst Bemerkungen über die Bulbi und Varicen der Nabelgefässe. (Mit 9 Abbildungen im Text.). *Arch. f. Gynæh.*, Bd. 61, H. 1, p. 36. — **Vallois (L.)**. *Le nouveau-né*. Guide pratique pour les soins à lui donner (15 fig. dans le texte). Masson, édit., 1900. Prix, 2 fr. — **Vogel (G.)**. Angeborene glücklich operate Meningocele und secundäre Hydrocephalie. *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 889.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Albaben**. The application of forceps. *The American Journal of Obstetrics*, nº 1, july 1900, p. 32. — **Bacon**. The mutilating operations in obstetrics. *The American Journal Obstetrics*, nº 1, july 1900, p. 62. — **Bertazzoli**. Documenti clinici e statistici per la storia dell' operazione di Porro. *Archivio ital. de Gineco*, anno III, 30 aprile 1900, nº 2, p. 97. — **Betti**. Dilatazione digitale estemporanea del collo dell' utero. *La Clinica Ostetrica*, giugno 1900, fasc. 6. — **Bossi**. Sulla dilatazione mecanica, strumentale, immediata del collo dell' utero nel campo ostetrica. *Annali di Ost. e Gynec.*, marzo 1900, nº 3, p. 161. — **Caminiti**. Contributo al parto prematuro artificiale per vizio di bacino. *Clinica Ostetrica*, anno II, marzo 1900, fascicolo 3, p. 89. — **Gardini**. Il secondo caso di pubiotomia col filo sega Gigli. *Annali di Ost. e Gineo.*, giugno 1900, nº 6, p. 417. — **Gillette**. Report of a case of Porro-Cæsarean operation. *Medical Record*, nº 3, july 21, 1900. p. 96. — **Grusdew (W.)**. Zur Casuistik der künstlichen Frühgeburt. *Centr. f. Gynäk.*, 28 april 1900, p. 441. — **Gummert**. Beitrag zur Kaiserschnittsstatistik und zur Frage des queren Fundalschnittes. *Monatschrift f. Geburt. und Gyn.*, Band XI, juni 1900, Heft 6, p. 1056. — **Kissing**. *Die geburtshilfl' chen Operationen der Kgl. württ. Universitats-Frauenklinik*. D: TUBINGEN, *Pietzcker*. — **Landi**. Taglio cesarea conservatore con sione sul fondo. *Lucina*, nº 6, 1º giugno 1900, anno V, p. 85. - **grier**. Indicazioni e condizioni per cui si puo fare la versio manovre interne. *La Clinica Ostetrica*, luglio 1900, fasc. 7

— **Oehlschläyer.** Der abortus artificialis, seine Indikationen und seine absolut sichere und gefahrlose Ausführung. *Central. f. Gyn.*, n° 27, 7 juli 1900, p. 694. — **Perey.** The Technische of version. *The American Journal Obstetrics*, n° 1, july 1900, p. 44. — **Ponticelli (P.).** Il problema della sinfisiotomia considerato dal lato Meccanico. *La Clinica Ostetrica*, settembr. 1900, vol. II, fasc. 9, p. 342. — **Riedinger.** Sectio cæsarea Porro bei übermässig entwickelter abgestorbener Frucht. *Centr. f. Gyn.*, n° 29, 21 juli 1900, p. 756. — **Sarwez.** Ueber den Werth der Kiwisch'schen Scheidendouchen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Arch. f. Gyn.*, 1900. Bd LX, Hft. 3, p. 495. — **Ward (M.).** A case of Porro's operation. *Annals of Gyn. and Pediatry*, march 1900, vol. XIII, n° 6, p. 391. — **Voorhees.** Dilatation of the Cervix by Means of a modified Champetier de Ribes Balloon. *Medical Record*, 8 sept. 1900, p. 361.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld.** Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd XLIII, Heft, p. 191. — **Andéradias (J.).** Manifestations cardio-pulmonaires de la grippe pendant la grossesse. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 38, 23 sept., p. 37. — **Aschoff.** Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur. *Archiv f. Gyn.*, 1900, Bd. LX, Heft 3, p. 523. — **Atlee.** Placenta prævia. *Am. J. Obst.*, sept. 1900, p. 388. — **Bameau et Audebert.** Appendice et grossesse. *Arch. méd. Toulouse*, n° 20, 15 oct. 1900, p. 457. — **Bernheim.** Grossesse et tuberculose. *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, n° 8, août 1900, p. 384. — **Bué.** Fièvre puerpérale. *Le Nord médical*, Lille, 15 juin 1900, p. 133. — **Caruso (F.).** Proposte relative al trattamento chirurgico della placenta previa centrale. *Archiv. di Obstetricia e Ginecologia*, n° 7, luglio 1900, p. 403. — **Cornillon (J.).** Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse. *Centre médical*, 1er mai 1900, n° 11. p. 221. — **Dorlan (N.).** The rôle of the Liver in the production of Eclampsia. *Amer. J. Obst.*, sept. 1900, p. 369. — **Garfein.** Beiträge zur Prognose u. Therapie des Nephritis in der Schwangerschaft. Diss. *Königsberg Gräfe et Unzer-Busch.* — **Gheorghiu.** *Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale.* Th. Paris, 1899-1900, n° 312. — **Grandin (E.).** Comments on the toxemia of pregnancy and on the operative treatment of uterine displocements. *Am. J. Obst.*, juin 1900, p. 721. — **Griziotti.** Contributo alle conoscenze intorno all' ematoma tuberoso subcoriale della decidua; considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VII, n° 3, marzo 1900, p. 148. — **Gustav-Kolischer.** Traumatisms of the bladder and urethra during labor and their sequelæ. *The American Gynækologic, and Obstetrical Journal*, n° 2, august 1900, p. 115. — **Hamilton-Wood.** A case of puerperal septicæmia treated by anti-streptococcic serum and complicated by phlegmasia; recovery. *The Lancet*, n° 4015, 11 august 1900, p. 401. — **Harcourt Gervis.** Case of puerperal septicæmia : treatment by antistreptococcus serum : recovery. *British medical Journal*, n° 2056, 26 may 1900, p. 1278. — **Herrmann.** Zur pathologie der Placenta. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 41, oktober 1900, p. 1065. — **Hirigoyen (L.).** Herpès généralisé récidivant dans cinq grossesses successives. *Revue mensuelle de Gyn. obst. et ped. de Bordeaux*, février 1900, n° 2, p. 120. — **Hofmeier.** Querlage und Wendung

eclampsia by diuretic infusion, with a table of twenty-two cases. *British medical Journal*, n° 2056, 26 may 1900, p. 1279. — **Jong (de)**. Ueber das Entstehen von Cysten in der Placenta. *Monatschrift für Geburts. und Gynæk.*, Band XI, juin 1900, Heft 6, p. 1072. — **Knight**. A case of pernicious vomiting of pregnancy. *Bost. med. and Journal*, 17 may 1900, p. 512. — **Krevet**. Retention einer in der normalen Gebärmutter an richtigen Ende der Schwangerschaft abgestorhenen Frucht. *Archiv. für Gynækologie*, Bd. 61, p. 435. — **Krönig**. Bemerkungen zum Aufsatze von « Ahfeld » Beitrage zur Frage von der Entstehung der Fieberhaften Wahenbettserkrankungen ». *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 42, 20 oktob. 1900, p. 1099. — **Lechat**. Un cas d'accouchement prématuré avec rétention des membranes. *Archives médicales d'Angers*, n° 8, 20 août 1900, p. 342. — **Leonard**. A case of Confinement following a Supposed double ovariotomy and complicated by an intestinal Hernia Through the old Laparotomy Wound. *Medical News*, 16 june 1900, p. 957. — **Loebel**. *Coincidenz v. Schwangerschaft u. Blutflecken-Erkrankung*. Leipzig, 1900. — **Mangiagalli**. Trattamento dell' eclampsia medianti il veratrum viride. *Annali di Ost. et Ginec.*, luglio 1900, n° 7, p. 595. — **Mari (V.)**. Due casi di rotture uterine spontanea nel parto. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno VII, aprile 1900, n° 4, p. 214. — **Marx**. The indications for premature delivery, with special reference to eclampsia and the Pre-Eclamptic state. *Medical News*, 30 june 1900, p. 1030. — **Max Chaleix-Vivie**. Rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. *Rev. mens. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, mars 1900, n° 3, p. 160. — **Otto v. Franqué**. Zur Pathologie der Nachgeburtstheile. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 3, p. 463. — **Parodi**. Modificazioni ed alterazioni istologiche del rene nella gravidanza. *Archivio italiano de ginecologia*, n° 3, 30 giugnio 1900, p. 201. — **Pernice**. Uber einer gïeristig verlangenen Fall von Perforation des Kindes intra-partum. *Centralblatt für Gynækologie*, n° 35, 1er sept. 1900, p. 918. — **Pichevin**. Injections intra-utérines et curage de la matrice après l'accouchement. *La Semaine gynécologique*. Paris, 8 mai 1900, p. 145. — **Poux**. Grossesse et tuberculose. *Le Languedoc médico-chirurgical*, n° 9, 10 mai 1900, p. 171. — **Ronsisvalle Consoli**. Critica e contributo all' etiologie e patogenesi dell' Osteomalacia. *Arch. di Ost. e Ginec.*, guigno 1900, n° 6, p. 321. — **Rouffart**. Perforation utérine dans un cas d'infection puerpérale. *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XI, n° 1, p. 13. — **Schiavoni**. Il raschiamento del' utero nell infezioni puerpuerali. *La Clinica obstetrica*, agosto 1900, fasc. 8, p. 295. — **Schwarz**. Fusswanderung mit rupturirtem schwangerem Uterus (Original Mittheilungen). *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 25, 23 juni 1900, p. 649. — **Sears (F.-W)** The Management of puerpueral Infection. *Amer. Gyn. and Obst. Journal*, vol. XVI, n° 4, april 1900, p. 295. —

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Clarence Webster**. Selected topics in connection with the pathology of delivery. *The American Journal of Obstetrics*, n° 1, july 1900, p. 18. — **Fischer**. Zur Antiseptik u. Aseptik in der Geburtshulfe. *Wiener Medizin. Presse*, 1900, n° 44, p. 2006. — **Frankl**. Uber die Bedeehung von Laparotomiewunden mit Brunsscher Airolpaste. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 22, 2 juni 1900, p. 569. —

Haegler. *Händereinigung. Händedesinfektion u. Händeschutz*, *Basel*, *B. Schwabe*. — **James. U. Barnhill.** Asespsis in Obstetric pracice. *Annales of Gynecology and Pediatry*, n° 11, augusto 1900, p. 725. — **Raineri**. Di un nuovo eccito-dilatatore uterino. *Archivio di Ostetrica e Ginecologia*, n° 8, agosto 1900, p. 449. — **Kossmann**. Nochmals zur Desinfektion der Hebammenhande *Centralblatt fur Gynäkologie*, n° 42, 20 oktober 1900, p. 1089. — **Kossmann und G. Zander**. Zur Desinfektion der Hände in der Hebammenpraxis. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 22, 2 juni 1900, p. 574. — **Kreis**. Uber Medullarnarkosen bei Gebärenden. *Centrall. f. Gynäk.*, n° 28, 14 juli 1900, p. 724. — **Krönig-Blumberg**. *Beitrage zur Händedesinfektion*. A. Georgi. Leipzig. — **Malatesta e Maggioncalda**. Di una nuova articolazione di forcipe. *Annali di Ost. Ginec.* Guigno 1900, n° 6, p. 522. — **Micarelli (A.)**. L'azione terapica del cotone in ostetricia. *La Clinica obstetrica*, agosto 1900, fasc 8. p. 307. — **Paul und O. Sarwey**. Berichtigungen zu Ahlfel d's Artikel : « Einige Bemerkungen zu den Tubinger Händedesinfektionsversuchen ». *Centralbl. für Gynäkol.*, n° 42, 20 oktober 1900, p. 1094. — **Rubeska**. Ueber die intrauterine Anwendung des Kautschukballons in der Geburtshilfe. *Arch. f. Gynæk.*, Bd 61 H. 1, p. 1. — **Tjaden (H.)**. Das Chinosol in der Hebammenpraxis. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 32, 1900, p. 848. — **Valdagni**. La profilassi puerperale nell' Istituto ostetrico ginecologico della R. Univ. di Torino. *Annali di Ost. e Gineco.*, n° 8, 1900, p. 637.

VARIA. — **Audain**. Manifestation mammaire de la filariose. *La Lanterne médicale*, Port-au-Prince, janv. et fév. 1900, p. 1. — **Barnhill (J.)**. Asepsis in obstetrics pratice. *Annals of Gynecology and Pediatry*, n° 11, august 1900, p. 725. — **Beaucamp**. Entwurf der ärztlichen Lesevereins von Aachen Burtscheid zur gesetzlichen Regelung des Wochenbettpflegerinnenwesens. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, mai 1900, p. 960. — **Bunge**. *Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen*, etc., MUNCHEN, 1900. — **Doléris (J.-A.)**. Influence des opérations plastiques sur le col utérin, sur la conception, la grossesse et l'accouchement. *La Gynécologie*, avril 1900, p. 132. — **Gaulay (A.)**. Deux cas de pratique obstétricale en pays arabe. *Gazette médicale du Centre*, 5e année, n° 6, juin 1900, p. 87. — **Gebhardt**. *Schmerzlose Entbindungen u. Operationen, nebst e. Anleit. zur Beseittigg. der Schwangerschaftsbeschwerden u. der Storgn. des monatl. Unwohseins*. Leipzig, 1900. — **Krevet**. Eine Hebammentasche aus dem Jahre 1889. *Centralblatt für Gynœkologie*, n° 35, 1er sept. 1900, p. 921. — **Lassueur**. Deux glandes mammaires accessoires. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 8, 20 août 1900, p. 435. — **Maillart (H.)**. De l'influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 avril 1900, n° 4, p. 182. — **Weber (S. A.)**. A Plea for a more Surgical Practice of Obstetrics. *Amer. and Gyn. Obst. Journal*, vol. XVI, n° 3, march 1900, p. 200. — **William M. Sprigg**. External palpation versus vaginal. Examination in normal Labor. *Amer. Journal of Obstetrics*, april 1900, p. 473.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE. — HAVRE

ESQUISSE

DES

PROGRÈS RÉALISÉS EN OBSTÉTRIQUE PENDANT LE XIXe SIÈCLE

Par le professeur **A. Pinard.**

(Suite et fin) (1).

---

c) Accouchement autocique.

« L'accouchement a reçu différentes dénominations selon le « temps de la grossesse où il se fait, et selon la manière dont « il s'opère. On le nomme fausse couche, avant le septième « mois ; accouchement prématuré, depuis cette époque jusqu'au « huitième mois et demi ; et accouchement à terme toutes les « fois qu'il ne se fait qu'à la fin du neuvième.

« Par rapport à la manière dont il s'opère, on l'appelle naturel, contre nature et laborieux, etc.

« Ces distinctions scolastiques étant arbitraires, nous consi- « dérons les accouchements sous trois ordres principaux : « 1° les accouchements qui se font naturellement ; 2° les « accouchements qui exigent le secours de l'art et qu'on peut « opérer avec la main seule ; 3° les accouchements qui ne « peuvent se faire qu'à l'aide des instruments, et dans lesquels « il est utile de les employer. » (Baudelocque) (2).

Sauf que le mot fausse couche a été remplacé dans le langage obstétrical par celui d'avortement, les dénominations de Baude-

---

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, nov. 1900, t. LIV, p. 473.

(2) BAUDELOCQUE. *Loc. cit.*, p. 250, t. I.

locque sont encore en usage à l'heure actuelle, eu égard à l'époque de la grossesse où l'accouchement se fait. Quant à la façon dont il s'opère, ses divisions ne sont plus admises, étant considérées comme trop « scolastiques ». La classification a été simplifiée, et les accouchements sont dits aujourd'hui : *spontanés* ou *artificiels*, d'où cette définition : l'accouchement est l'expulsion ou l'extraction du fœtus et des annexes hors de l'organisme maternel.

1° **Accouchement spontané.** — Avant d'exposer les progrès réalisés par les études de l'acte lui-même, je crois nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur les recherches concernant les trois facteurs qui entrent en jeu dans son accomplissement, c'est-à-dire le canal pelvi-génital, le fœtus et les forces expulsives.

Canal pelvi-génital. — Le canal pelvi-génital a été, de la part des anatomistes et des accoucheurs, le sujet de nombreuses et patientes études portant sur ses deux parties : le *bassin osseux* et le *bassin mou*.

Si l'on compare la description que Baudelocque fait de ce canal avec celle qui se trouve dans l'*Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements* (1), on se rendra facilement compte des notions acquises. Pour le bassin osseux — dont l'étude des diamètres est insuffisante au point de vue obstétrical — l'on verra que les dimensions de certains diamètres données par Baudelocque n'étaient pas conformes à la réalité (particulièrement celles du diamètre cocci-sous-pubien) ; l'on verra, en outre, que les véritables diamètres utiles à connaître pour l'accoucheur ne sont point les diamètres anatomiques, mais bien des diamètres *praticables* passant par le *centre de figure*.

Quant au *bassin mou*, dont l'importance est considérable, je puis dire que les accoucheurs, jusque dans ces dernières années, n'en avaient qu'une vague idée.

---

(1) FARABEUF et VARNIER. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements* (Steinheil, 1891).

Le *fœtus* avait été mieux étudié par les anciens accoucheurs ; on a peu ajouté à la description anatomique et obstétricale que nous devons à Baudelocque.

L'étude des *forces qui déterminent l'accouchement* est de date relativement récente (seconde moitié de ce siècle). Malgré les travaux déjà nombreux des accoucheurs allemands, anglais, et de quelques-uns de nos compatriotes, la lumière est loin d'être faite sur ce point. Qu'il me suffise, pour vous en convaincre, de vous dire que tandis que les uns estiment la puissance maxima mise en jeu pendant le travail à 36 kilogrammes (Matthews Duncan) (1), d'autres la portent à un chiffre bien supérieur (250 kilogrammes) (Haughton). Chiffre effroyable et qui fait avec raison jeter ce cri à Matthews Duncan : « Une puissance beaucoup moins considérable mettrait en pièces le corps du malheureux enfant ! » Oubliez bien vite ces chiffres et rappelez-vous, au point de vue des recherches futures, que tout en « mesurant les forces, vérifiant les degrés des angles, étudiant les leviers et observant l'influence des courbes », il est bon, il est nécessaire de posséder d'autres facultés d'observation.

Si les recherches scientifiques concernant l'étude des forces expulsives naturelles et en particulier des contractions utérines n'ont, jusqu'à présent, donné que des résultats contradictoires, et par cela même sans valeur au point de vue pratique, l'observation clinique a démontré combien il pouvait être dangereux de chercher à augmenter cette force à l'aide d'un agent médicamenteux. L'usage du seigle ergoté comme agent ocytocique, si répandu à un moment donné au cours de ce siècle, est aujourd'hui complètement abandonné : on a reconnu qu'il déterminait, non des contractions, mais bien des *contractures*.

La *Pulvis ad partum* est devenue définitivement, pour les accoucheurs, la *Pulvis ad mortem*.

L'ergot a été remplacé également, au point de vue hémosta-

---

(1) MATTHEWS DUNCAN. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal pathologique*. Traduit par le Dr BUDIN, 1876, p. 124.

d'après lesquelles s'accomplit l'accouchement, devaient heureusement retentir sur la thérapeutique obstétricale.

A la fin du XVIIIe siècle, la plupart des accoucheurs, appelés seulement dans les cas difficiles, « se refusaient à admettre qu'il pût exister, en obstétricie, quelque chose de plus élevé que l'art de terminer l'accouchement par la main ou les instruments (1) ».

Cependant Levret avait dit déjà : « Il ne faut pas moins de « science pour reconnaître quand la nature peut se suffire à « elle-même, qu'il ne faut avoir d'acquit dans l'art des accou- « chements pour la seconder à propos. » Mais cette science, qui ne peut s'acquérir que par l'observation patiente et prolongée de la nature, devait échapper aux accoucheurs tant qu'ils furent privés du champ d'expérience indispensable, c'est-à-dire de *Maternités*.

Au commencement du siècle, Baudelocque avait déjà essayé de donner aux accoucheurs une direction meilleure. Ce furent Bœr en Allemagne, et Mme Lachapelle en France, qui déterminèrent la réaction salutaire. Tous deux ayant la direction de grands établissements d'accouchements, tous deux ayant la passion de leur art, tous deux doués de qualités remarquables, montrèrent combien souvent l'art est inutile, sinon dangereux, et combien on doit avoir confiance en la nature.

Bœr applique le forceps 5 fois sur 958 accouchements en 1789-90, 7 fois sur 953 en 1790-91, 7 fois sur 1,015 en 1791-92, alors qu'Osiander, à la Maternité de Gœttingue, sur 2,540 accouchements, ne trouve que 1,381 accouchements normaux et pratique 1,016 applications de forceps, soit 1 sur 2,5 !

Mme Lachapelle, sur 15,652 accouchements, laisse la nature agir seule dans 15,380 cas et intervient seulement 93 fois à l'aide du forceps et 155 fois à l'aide de la version.

Dès lors l'observation attentive des faits démontre le bien fondé et l'action salutaire des doctrines sorties des Maternités de Vienne et de Paris. Les accoucheurs, de simples opérateurs

(1) E. G. DE SIEBOLD. *Loc. cit.*, t. II, p. 515.

qu'ils étaient, deviennent des obstétriciens et n'interviennent plus que quand l'accouchement « ne peut absolument pas se « terminer sans le secours de l'art ou ne saurait se faire autre- « ment avec avantage pour la mère et pour l'enfant ». Seuls, à l'heure actuelle, les accoucheurs inexpérimentés transgressent cet aphorisme de Baudelocque (1), car, en pratique, la question des indications opératoires constitue souvent un sujet d'angoisse pour le jeune praticien et toujours un sujet de préoccupations graves pour l'accoucheur expérimenté.

De la délivrance. — Le mécanisme suivant lequel se produit le décollement du placenta n'a guère été exposé avec quelques détails avant Baudelocque. Aussi sa fameuse théorie du décollement placentaire a-t-elle été acceptée par la pluralité des accoucheurs. Reprise et rajeunie en Allemagne, elle y eut le même succès qu'en France. Cependant les esprits positifs n'étaient pas satisfaits ; ainsi Tarnier, après avoir reproduit la théorie de Baudelocque, ajoutait : « Ces particularités sont peut-être plus théoriques que vraies, car il est difficile de savoir ce qui se passe dans la cavité utérine. »

Heureusement la difficulté n'a pas toujours été impossible à vaincre et, aujourd'hui, l'on sait, en grande partie, ce qui se passe dans l'utérus pendant la grossesse, pendant le travail, pendant les suites de couches. Et cela, grâce à l'emploi, pour l'autopsie des femmes mortes enceintes, en travail, ou récemment accouchées, de la méthode créée par Pirogoff en 1852 et 1853. En fixant les parties molles en place, la congélation a conduit à des constatations aussi importantes pour l'obstétrique que pour l'anatomie chirurgicale.

Déjà les documents accumulés depuis moins de vingt ans sont assez nombreux pour qu'on puisse affirmer :

---

(1) Le fonctionnement de ma clinique, publié chaque année, montre que si la doctrine de Mme Lachapelle n'y est pas suivie à la lettre, elle l'est au moins dans ses grandes lignes au point de vue des indications de l'intervention opératoire. Sur 2,506 accouchements effectués dans cet établissement l'année dernière, on pratiqua seulemant 54 applications de forceps et 7 versions.

1° Qu'au niveau de l'aire placentaire la paroi utérine offre moins d'épaisseur ;

2° Que pendant l'accouchement normal, tant que le fœtus n'est pas expulsé, le placenta, à moins qu'il ne soit prævia, reste adhérent à la paroi utérine par toute sa surface d'insertion.

3° Qu'aussitôt après l'expulsion du fœtus et du liquide amniotique les parois utérines reviennent sur elles-mêmes en augmentant d'épaisseur d'une façon très inégale ;

4° Que le placenta est, à un moment donné, *physiologiquement enchatonné*, et que son décollement se fait toujours de la périphérie au centre et sous l'influence des éléments musculaires de l'utérus, etc., etc.

Ces mêmes recherches ont démontré également les rapports des membranes avec l'utérus pendant la période de délivrance.

Inutile d'ajouter que la connaissance du mécanisme vrai du décollement naturel du placenta et des membranes et de leur expulsion a conduit les accoucheurs à suivre une conduite rationnelle, pendant cette dernière période de l'accouchement, suivant qu'elle s'effectue normalement ou d'une façon anormale.

d) Dystocie.

Des viciations pelviennes, des rétrécissements du bassin. — « La mauvaise conformation du bassin (dit Baudelocque), considérée relativement à l'accouchement, peut dépendre de l'irrégularité des os qui constituent ce canal, comme nous l'avons dit ailleurs ; du vice de leur fonction, ou de certaines exostoses qui s'élèvent à leur face interne. Elle n'affecte pas toujours le bassin dans le même sens, ni dans la même partie, ni au même degré; ce qui fait qu'elle n'est pas toujours également contraire à la sortie de l'enfant. Le plus souvent, le détroit supérieur est seul vicié, et c'est assez constamment de devant en arrière ; quelquefois aussi ce même détroit se trouve assez grand et l'inférieur est resserré. Entre les deux extrêmes de ce défaut de conformation, on observe des nuances infinies... »

« On peut rapporter toutes les ressources que l'art a paru offrir jusqu'ici, dans ces cas de mauvaise conformation du bassin, aux sept suivantes :

« 1° L'extraction de l'enfant par les pieds ;

« 2° Par le moyen de forceps ;

« 3° Par le secours des crochets et autres instruments de cette espèce ;

« 4° L'opération césarienne ;

« 5° L'accouchement prématuré ;

« 6° Le régime pendant la grossesse ;

« 7° La section du pubis (1). »

Cette double citation montre que les accoucheurs du commencement du siècle connaissaient les vices de conformation du bassin, leurs conséquences possibles au moment de l'accouchement, et les moyens à employer dans les cas de dystocie par viciation pelvienne. De plus, Baudelocque s'efforce de démontrer la nécessité de l'examen du bassin chez toutes les femmes, et il donne les moyens de constater le rétrécissement. Parmi ces moyens, il accorde le pas au toucher mensurateur qu'il décrit avec beaucoup de soin, et il recommande déjà, hélas ! des instruments : le pelvimètre de Coutouly et son compas d'épaisseur.

Depuis cette époque, l'anatomie pathologique des bassins viciés a fait d'immenses progrès ; on a successivement décrit le bassin oblique ovalaire, dont la première étude, faite par Nægelé en 1839, a été si retentissante ; le bassin vicié par luxation coxo-fémorale, le bassin de Robert, le bassin vicié par coxalgie, le bassin vicié indirectement ou directement par la colonne vertébrale : bassin vicié par cyphose, par spondylolisthésis, par spondylizème, etc., etc. On a cherché à étudier la physiologie pathologique de l'accouchement dans les rétrécissements pelviens.

Des pelvimètres internes, externes, mixtes et même uni-

---

(1) BAUDELOCQUE. *Loc. cit.*, p. 380, 381 et 382, t. II.

versels ont été imaginés. Aujourd'hui cependant l'accoucheur, pourvu ou non de ces instruments, est tout aussi embarrassé qu'à l'époque de Baudelocque pour répondre avec précision, en face d'une femme ayant le bassin vicié, à cette question : quel est le degré *exact* du rétrécissement ? Non pas que je veuille dire que tous ces travaux aient été inutiles. Je suis le premier à proclamer la nécessité de savoir à l'avance où doit se trouver le maximum du rétrécissement dans telle ou telle viciation du bassin, et cette connaissance est la résultante des nombreux travaux qui ont eu pour but l'étude des bassins viciés.

Mais, ce que je veux vous faire remarquer, c'est que, à l'heure actuelle, on mesure en clinique les rétrécissements du bassin avec à peu près autant d'imprécision qu'à l'époque de Baudelocque. C'est aussi que ce grand accoucheur avait bien vu déjà « que c'est toujours du *rapport des dimensions du bassin avec celles de la tête de l'enfant* que dépend la facilité de l'accouchement et d'où proviennent les plus grands obstacles qui peuvent s'y opposer (1) ». Avec un bassin de dimensions normales et une tête très volumineuse on peut avoir un cas de dystocie ; avec un bassin de dimensions au-dessous de la normale et une tête petite on peut voir s'effectuer un accouchement spontané.

Ce qu'il faut chercher à connaître, c'est le *rapport* qui existe entre le bassin et la tête fœtale. C'est ce rapport qui nous est connu aujourd'hui au moment du travail seulement. Tout ce qui repose sur la soi-disant connaissance précise des dimensions du bassin et de celles de la tête fœtale est absolument aléatoire.

La radiographie se montrera-t-elle plus puissante? Tel est mon espoir; en tout cas tel est mon vœu.

Pour faire l'histoire de la thérapeutique des viciations pelviennes pendant le XIXe siècle, je n'ai qu'à considérer la fortune particulière des différents moyens discutés déjà par Baudelocque.

1° *Le régime pendant la grossesse.* — On avait pensé qu'en

(1) BAUDELOCQUE. *Loc. cit.*, p. 3, t. I.

bornant la quantité et la qualité des aliments que prend une femme pendant la grossesse, la grosseur de l'enfant serait moindre.

C'est une pensée du vulgaire, dit Baudelocque — je n'y contredis point pour ma part — qui ne peut compter parmi les ressources de notre art, dans les cas de l'extrême difformité du bassin. Ce régime, bien qu'on ait essayé de le faire revivre dans le cours de ce siècle, est absolument abandonné.

2° *L'accouchement par les pieds.* — Bien qu'elle soit jugée déjà sévèrement par Baudelocque, quelques accoucheurs recommandent cette méthode dans certains cas de rétrécissement du bassin. Je me permets, malgré les procédés très ingénieux étudiés dans ces dernières années pour faire passer la tête dernière dans les rétrécissements du bassin, d'avoir la même opinion que Baudelocque. Que ces manœuvres très étudiées, très raisonnées et très raisonnables, vous permettent, en face d'un cas isolé, d'un fait accompli, alors que vous ne pouvez faire autrement, d'aider au passage de la tête, j'en suis personnellement et absolument convaincu. Mais de là à en faire une méthode de choix, il y a pour moi un abîme.

3° *L'usage du forceps.* — Si vous êtes au courant des recherches scientifiques résumant l'action du forceps dans les cas de rétrécissement du bassin, vous ne serez point étonnés d'apprendre que Baudelocque, déjà, jugeait ainsi l'application de cet instrument : « L'usage du forceps a de même ses inconvénients et ses bornes. Cet instrument est quelquefois dangereux pour l'enfant, lorsque le bassin n'a que trois pouces de diamètre, et bien plus dangereux, s'il n'est pas meurtrier, quand ce diamètre est plus resserré : en lui donnant la mort dans ce dernier cas, il expose également la mère à des accidents plus ou moins graves. » Je ne crois point exagérer en disant que rien, dans le cours du siècle, n'est venu atténuer l'appréciation de Baudelocque, et que tout est venu démontrer qu'il était trop indulgent. On a reconnu et démontré, à la fin de ce siècle, que dans les cas où il y a entre le bassin et la tête fœtale une disproportion telle que cette dernière ne peut s'engager sous l'influence des

contractions utérines, les applications de forceps ne peuvent être que désastreuses à tous les points de vue. D'où leur abandon.

4° *L'accouchement prématuré.* — Tentative dont le but était louable, mais dont l'histoire et les résultats ont fait une *faillite scientifique.*

Vous me pardonnerez de ne vous point parler des crochets, ni des perforateurs.

Après cette revue, je prends la liberté de vous dire que quelques accoucheurs contemporains considèrent comme un progrès l'application de la thérapeutique suivante dans les rétrécissements du bassin :

1° Abandon de l'accouchement prématuré artificiel.

2° Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur).

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

4° Agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie, pubiotomie ou ischio-pubiotomie, coccygotomie, dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettent le passage d'une tête de fœtus à terme.

5° Opération césarienne suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) dans les cas d'étroitesse absolue.

Voici les résultats de l'application rigoureuse de ces préceptes à la Clinique Baudelocque depuis 1892. A vous de juger.

(Rétrécissements du bassin de 1890 inclus à 1899 inclus)

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS	NOMBRE DES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN	MORTALITÉ MATERNELLE	MORTALITÉ FŒTALE
—	—	—	—	—
1890.....	1.244	31	1	2
1891.....	1.654	154	5	30
1892.....	1.834	148	0	14 (1)
1893.....	1.920	164	2	7
1894.....	2.139	(2) 98	2	8
1895.....	2.080	98	5	14
1896.....	2.270	93	2	11
1897.....	2.314	91	3	11
1898.....	2.305	106	5	15
1899.....	2.506	94	3	10
TOTAUX	20.266	1.077	28	122

Sur 20,266 femmes accouchées à la Clinique Baudelocque, 1,076 ont été signalées comme présentant des bassins rétrécis, soit 5,31 °/₀. Sur ce nombre, 801 ont accouché spontanément ; chez 276 l'accouchement a été artificiel.

Obstétrique opératoire instrumentale. — Les instruments spéciaux employés par les accoucheurs doivent être rangés en deux catégories bien distinctes, suivant qu'ils sont destinés à extraire des *enfants morts* ou des *enfants vivants*. Pour extraire les enfants morts, se présentant par la tête, les accoucheurs, avant le XIXe siècle, n'avaient à leur disposition que les perforateurs, les tire-têtes, les crochets plus ou moins aigus, les forceps plus ou moins dentés et le levier, tous instruments souvent impuissants, toujours dangereux. Avec A. Baudelocque neveu, qui présenta à l'Institut, le 6 juillet 1829, l'instrument nouveau qu'il venait d'imaginer, la céphalotripsie prenait rang dans les opérations obstétricales ayant pour but l'embryotomie.

(1) Thérapeutique nouvelle.

(2) Depuis 1894, on ne considère dans la statistique comme bassins viciés que ceux dont le diamètre P.-s.-P. est inférieur à 11 centimètres.

« L'histoire, dit de Siebold, lui attribue volontiers le mérite d'avoir enrichi, d'un moyen meilleur, une partie opératoire de l'art qui est fort triste (1). »

Dès lors, apparaissent à côté du céphalotribe, des instruments destinés à réduire les diamètres de la voûte et de la base de la tête fœtale : le forceps-scie (Van Huevel), le cranioclaste (Simpson), les sphénotribes (L.-J. Hubert, F. Guyon), etc., etc.

J'ai vu employer par mes maîtres, j'ai employé moi-même *tous* ces instruments, et je dois avouer que les résultats obtenus alors, aussi bien par mes maîtres que par moi-même, n'étaient pas satisfaisants dans tous les cas.

Jusqu'en 1883, on ne possédait pas encore d'instrument permettant de broyer et d'extraire un fœtus avec certitude et innocuité pour la mère, à travers un bassin rétréci. L'apparition du basiotribe combla cette lacune. Présenté à l'Académie le 11 décembre 1883, appliqué pour la première fois sur la femme vivante le 19 janvier 1884, l'instrument de Tarnier a donné en clinique des résultats semblables à ceux qui avaient été obtenus pendant l'expérimentation. Il constitue l'instrument parfait pour quiconque en connaît les indications et le maniement. Donc un grand pas en avant a été fait.

Pour les cas où l'enfant se présente par l'épaule, le XIXe siècle a vu éclore les embryotomes couteaux ou ciseaux, les embryotomes scies, les embryotomes constricteurs, dilacérateurs, transforateurs, etc., etc. De toute cette ferraille se dégage plus le génie inventif du serrurier qu'un progrès marqué en obstétrique opératoire.

Vous voyez chaque jour ce qu'on peut faire avec les ciseaux embryotomes et même avec un simple bistouri. Je reconnais volontiers que certains embryotomes possèdent de réelles qualités.

L'instrument en fer, *le forceps*, imaginé pour permettre de *délivrer la femme et de sauver l'enfant*, fut, vous le savez,

(1) De Siebold. *Loc., cit.*, t. II, p. 647.

(1716). Modifié par Levret (1747) et par Smellie (1754), le forceps fut bientôt dans la trousse de tous les accoucheurs.

Malgré les modifications si nombreuses dont cet instrument fut l'objet — en 1838 l'armoire d'un collectionneur aurait pu en compter déjà 144 variétés ! — il faut dire que, dans le cours du XIXe siècle et jusqu'en 1877, les accoucheurs avaient encore en main le forceps de Levret. Mais la connaissance du mécanisme de l'accouchement devenant plus complète, on se demanda si, avec l'instrument de Levret, il était possible de faire accomplir artificiellement à la tête les mouvements qu'elle exécute dans l'accouchement spontané, et de l'extraire suivant l'axe de tous les segments du canal pelvien. Cette question, grave de conséquences et grosse de controverse, fut longuement étudiée et discutée. De là les travaux de Hermann, de J. Hubert, de Moralès et enfin ceux de Tarnier, qui ont eu un si grand et si légitime retentissement *(Description de deux nouveaux forceps,* Académie de médecine, 23 janvier 1877).

Assurément un grand progrès a été accompli par la réalisation de cet instrument qui a coûté à son auteur tant d'efforts et d'études ; certainement nombre d'enfants lui doivent la vie et la santé, et bien des femmes l'intégrité de leur canal pelvi-génital (c'est surtout depuis son emploi que les fistules vésico-vaginales ont pour ainsi dire disparu). Quoiqu'il faille le considérer comme l'instrument le plus précieux actuellement entre nos mains, je ne puis cependant admettre que son application constitue une opération idéale.

Manié par les mains les plus adroites et les plus expérimentées, le forceps, ainsi perfectionné, se montre encore trop souvent brutal, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Et il m'apparaît que, sur ce point, de nouveaux progrès sont à réaliser.

Une autre variété d'instruments a pris naissance dans le

---

(1) Je dis Palfyn et non les Chamberlen, puisque ces derniers, dans un but de lucre, conservèrent secret l'instrument que l'un d'eux avait imaginé cinquante ans auparavant.

cours du XIXe siècle ; par les services qu'elle a déjà rendus, et par ceux qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir — j'en ai la conviction — elle mérite une mention spéciale. Je veux parler des ballons *dilatateurs*. Les ballons *dilatateurs incompressibles*, construits et employés depuis quelques années dans des buts différents, ont permis déjà d'inaugurer, dans bien des cas divers, une thérapeutique nouvelle qui se recommande autant par la douceur et la facilité de son application, que par l'efficacité de ses résultats.

Ce sont des instruments qui, à l'heure actuelle, doivent se trouver dans la trousse de tous les accoucheurs.

Anesthésie. — L'*anesthésie opératoire*, dont l'avènement fut prévu et préparé par Humphry Davy en 1799, resta à l'état latent pendant la première moitié de ce siècle, et n'entra définitivement dans la pratique qu'avec Morton (éther, 1846) et Simpson (chloroforme, 1847).

L'emploi méthodique des moyens capables de provoquer et d'entretenir l'insensibilité et la résolution musculaire pendant les opérations, a rallié, depuis cette époque, aussi bien les suffrages de tous les accoucheurs que de tous les chirurgiens.

Je ne veux pas insister sur les immenses bienfaits de cette conquête.

Mais comment doit-on considérer cette forme soi-disant distincte d'anesthésie, « vulgairement connue en Angleterre sous le nom de *chloroformisation à la reine* et désignée en France sous le nom d'*anesthésie obstétricale?* » (1). Si les accoucheurs n'ont pas suivi Simpson écrivant : « J'ai donné le chloroforme à *toutes mes femmes en travail*, à quelques exceptions près, depuis 1847 » (2), c'est qu'il fut reconnu que cette manière de faire exposait les parturientes à des dangers indiscutables. Alors quelques praticiens ont dit : « mais il ne s'agit pas d'une anesthésie dans laquelle

(1) MAURICE PERRIN. Anesthésie chirurgicale, in *Dict. des sc. méd.*, p. 416.

(2) Cité par PAJOT. Art. « Anesthésie obstétricale », in *Dict. des sc. méd.*, p. 492.

toutes les fonctions sont simultanément impressionnées ; il y a une grâce d'état pour les femmes en travail, qui permet chez elles, en maniant le chloroforme d'une certaine façon, d'abolir la sensibilité sans atteindre l'intelligence et la volonté, par cela même n'offrant aucun danger. » Sur ce point ces praticiens ont dépassé les physiologistes ! N'ayant appris que ce que ces derniers ont sérieusement étudié ; n'ayant constaté moi-même que ce qu'ils ont toujours reconnu dans leurs expériences, à savoir : que les agents anesthésiques employés jusqu'ici agissent simultanément sur toutes les fonctions, j'avoue que je ne puis considérer comme un progrès une chose dont l'existence ne m'est pas démontrée. Et comme je ne sache pas qu'il existe une Maternité quelconque où l'on fasse bénéficier *toutes les femmes en travail de la chloroformisation à la reine*, et où l'on enseigne et où je pourrais apprendre scientifiquement le *modus faciendi* de cette prétendue anesthésie, je me vois obligé de ranger sous la rubrique du *passif* ce qui constitue pour quelques-uns un *actif* considérable.

Aurons-nous un jour le moyen de permettre aux femmes d'accoucher sans douleur et *sans danger ?* Je le souhaite aussi ardemment que qui que ce soit. Et c'est pour cette raison que je suis avec tant d'intérêt les expériences auxquelles se livrent à l'heure actuelle quelques accoucheurs, en pratiquant chez les parturientes des injections de cocaïne dans le canal rachidien. Ces injections ne provoquent, *dit-on*, que des anesthésies locales. Malgré les résultats annoncés, je ne me crois pas encore le droit de donner ce *bénéfice* aux parturientes qui se confient à mes soins. Je redoute encore les *pertes* — bien que la cocaïne soit hémostatique.

e) Suites de couches.

Antisepsie et asepsie. — Le progrès le plus considérable, dit le prof. F.-J. Herrgott (1), réalisé depuis un ou deux siècles dans le domaine de l'obstétrique, est celui qui a pour effet de prévenir la fièvre puerpérale, cefléau des accouchées, et de faire

(1) F.-J. Herrgott. *Loc. cit.*, t. III, p. 246.

descendre, dans les maternités, la moyenne de la mort
effrayante jadis, à un niveau qui ne s'élève pl
au-dessus de 1 p. 100.

En écrivant ces lignes, le Doyen de l'obstétric
plutôt au-dessous de la vérité, car aucun siècl
réaliser un progrès comparable à celui-là.

Malgré les idées émises à la fin du XV
Rob. Wallace Johnson (1769) et par Charle
l'ignorance, la tradition, la routine, masquée
métaphysiques, vont continuer à s'élever
nouvelle pendant la première moitié et une
moitié de ce siècle. Le génie épidémiq
continue à frapper ses victimes. G. K
nettement l'idée de contagion puerpé
écho. Quelques années plus tard, le gé
Ignace Philippe Semmelweis, démo
fièvre puerpérale, sa nature infec
moyens de la combattre; en
plaidoyer : (Étiologie de la fièvre
prophylaxie). Partout ses idé
attaquées; il en devient fou
d'aliénés à quarante-six ans
affirme la contagion en 18
l'Académie de médecine,
voix les plus autorisées se
par l'auteur d'un écrit d
treize académiciens qui
essentialistes, des dem
le vouloir, des essenti
absolus, des demi ou
lisateurs avec tend
listes avec amour
typhistes, des trau
Et pendant ce t
lutte pendant vi

(1) Le Dr Aube

théorie. Il fait à la Maternité, de par l'isolement seul, tomber la mortalité, qui était de 9,31 p. 100, à 2,32 p. 100 ! Ma piété filiale m'empêche d'insister sur la grandeur des services rendus à l'obstétricie par mon maître.

Enfin le *génie scientifique* va tuer à tout jamais le *génie épidémique ;* les travaux de Pasteur accomplissent ce miracle, et de la théorie des germes va naître la méthode de Lister, dont l'application donne les résultats que vous pouvez constater chaque jour et qui me permettent d'opposer les deux tableaux que je mets sous vos yeux. Aussi ne vous cacherai-je point que dans une circonstance récente, ce fut avec une profonde émotion que j'adressai à lord Lister l'expression de l'admiration et de la reconnaissance des accoucheurs et des accouchées du monde entier (1).

Statistique des 10 premières années du siècle.

Statistique de Mme Lachapelle (2). Maison d'accouchements installée dans les bâtiments de l'Oratoire, rue d'Enfer.

De 1804 inclus à 1813 inclus.

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHÉES	NOMBRE DE DÉCÈS
1804...	1.786	55
1805...	1.898	68
1806...	1.793	114
1807...	1.829	72
1808...	1.873	60
1809...	1.946	79
1810...	1.999	75
1811...	2.622	107
1812...	2.645	163
1813...	2.662	66
TOTAUX...	21.053	859

Statistique des dix dernières années du siècle.

Statistique de la Clinique Baudelocque (3).

De 1890 inclus à 1899 inclus (4).

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHÉES	NOMBRE DE DÉCÈS
1890...	1.244	9
1891...	1.654	20
1892...	1.834	8
1893...	1.920	14
1894...	2.139	9
1895...	2.077	12
1896...	2.270	12
1897...	2.314	11
1898...	2.305	24
1899...	2 506	11
TOTAUX...	20.266	130

(1) V. *Rev. scientif.*, 4e série, t. XIV, 11 août 1900, p. 176.

(2) In *Origines de la Maternité de Paris*, par HENRIETTE CARRIER, p. 229 (Paris, Steinheil, 1888).

(3) In *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque.*

(4) Statistique intégrale.

f) Nouveau-né.

On a beaucoup discuté, dans le cours de ce siècle, sur la signification de cette expression, employée tantôt comme substantif, tantôt comme adjectif : *neonatus*, *recens natus*; aujourd'hui les auteurs ne sont pas plus d'accord qu'au commencement du siècle sur la précision de ses limites.

Cependant quelques accoucheurs contemporains considèrent comme nouveau-né tout enfant qui doit puiser son alimentation dans l'organisme maternel, et j'avoue que cette division me paraît être appuyée plus sur la physiologie et le bon sens que sur la scolastique.

Quoi qu'il en soit, je veux rapidement vous exposer les progrès réalisés au cours de ce siècle, dans les soins et la nourriture qui doivent être donnés au nouveau-né.

Tout enfant né depuis vingt ans, a bénéficié, aussitôt son expulsion, des bienfaits de l'antisepsie. De là la disparition à peu près complète des infections toujours si graves de l'ombilic (depuis des années, je n'ai pu montrer à mes élèves un *érysipèle de l'ombilic)*; de là la disparition des infections oculaires entraînant si souvent auparavant la perte de la vue : l'*ophtalmie purulente* des nouveau-nés devient de plus en plus rare, grâce à l'antisepsie.

Il me suffit de vous citer ces faits pour que vous en compreniez l'importance. Une autre maladie a également disparu, grâce aux connaissances plus exactes de la physiologie du nouveau-né et des conditions dans lesquelles il doit être placé après sa naissance : le *sclérème*, dont je ne puis plus vous parler que de mémoire.

Enfin, l'un des grands progrès réalisés à la fin de ce siècle a été l'affirmation de ces deux faits, à savoir : *le lait de la mère doit être la nourriture de son enfant*, et *presque toutes les mères peuvent fournir cette nourriture*. Que de luttes il a fallu pour en arriver là !

Dans un autre ordre d'idées, un grand progrès a été

également accompli... en partie. Les
à comprendre que le lait de la mèi
enfant et que c'est un crime de l'en p
cière est fortement atteinte. Tout fait
traités d'accouchements, on ne retro
presque tous les traités parus dans l
phrase de Baudelocque si cruelle d
défaut du lait de la mère, on
femme (1). »

Et, puisque je viens de citer Bau
terminant ce chapitre, vous dire, à vo
qu'un seul bon réactif des qualités du
conditions il exigeait pour apprécier
nourrice : « Il faut que la nourrice so
temps, qu'elle se lave les doigts ava
reçoive dans une tasse de porcelaine
propre. L'accoucheur doit aussi se la
goûter (2). »

Heureusement aussi pour vous, q
réalisés sur ce point !

Dans cette revue kaléidoscopique, bi
matographique, j'ai tenté de vous fai
facettes les plus importantes et les plu
agrandies dans le domaine de l'obstétr
XIXe siècle. J'ai essayé de vous faire
pendant ce laps de temps, l'action syn
de tous les pays a agrandi le cadre de
son contenu.

Vous avez pu remarquer que les théo
ne s'appuyaient que sur des raisonnem
opposé des barrières à la marche du p
servation scientifique des faits normau

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 346.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 349.

en tout ce qui touche à *la reproduction de l'espèce humaine.*

Là, comme dans toutes les branches de la médecine, s'est affirmée une fois de plus la supériorité de la prophylaxie sur la thérapeutique, et la nécessité de *bien savoir* pour *mieux prévoir*.

Vous avez pu apprécier les connaissances acquises dans l'acte de la parturition proprement dite et juger tout ce qui a été fait, se fait et est à faire encore pour rendre cet acte fonctionnel aussi normal, aussi peu dangereux que possible, pour la mère et pour l'enfant.

Vous avez vu disparaître, à la fin du XIXe siècle, un *opprobre scientifique*, le sacrifice de l'enfant. A l'heure actuelle, il n'est plus un accoucheur qui ait le triste courage de se déclarer partisan de l'embryotomie sur l'enfant vivant bien portant. C'est en balbutiant que quelques-uns prétendent encore avoir le droit de porter une main meurtrière sur l'*enfant* dit *compromis*.

Mais si pour *la naissance* de grands progrès ont été accomplis, que de choses sont encore à faire pour que nous n'assistions plus à la venue au jour d'enfants prématurés, difformes ou monstrueux et à l'expulsion de mort-nés !

Nous savons, à la fin du XIXe siècle, la signification du mot *prématuré*. Nous connaissons l'abîme qui sépare le prématuré de l'enfant à terme, et la différence d'avenir qui est réservée à chacun d'eux. Or n'oubliez pas que sur 188,204 enfants nés à la Maternité et à la clinique Baudelocque, 72,626 pesaient moins de 3,000 grammes, et que 29,071 étaient des prématurés pesant moins de 2,500 grammes (1) !

Nous commençons à savoir pourquoi il y a tant de prématurés ; les efforts futurs doivent donc tendre à supprimer ces causes.

---

(1) Hygiène de la femme enceinte. Puériculture intra-utérine. Rapport au *Congrès d'hygiène et de démographie*. Paris, 1900. (Voyez plus loin, page 606.)

Enfin l'observation quotidienne de fa
tence et la fréquence de l'hérédité pa
dissemblable, la mise hors de doute de
cette influence nocive à laquelle ressort
plets ou imparfaits, indiquent assez, ju
sade qu'ont à entreprendre les obstétr

DYSTOCIE

DUE A UNE

MONSTRUOSITÉ ENDOCYMIENNE, VARIÉTÉ ANIDE

OPÉRATION

Par le Dr **Jean-B. Calderon**
de Puebla (Mexique).

Il y a vingt ans à peu près, j'étais de garde comme interne à la Maternité du Mexique, quand je fus appelé pour accoucher une femme en travail depuis plusieurs heures.

En l'interrogeant, elle m'a donné comme antécédents personnels les suivants : âge, 40 ans, multipare ; toutes ses couches antérieures ont été normales ; elle avait souffert beaucoup depuis les premiers mois de la gestation dont nous nous occupons, avait des difficultés pour marcher, se sentait très fatiguée au moindre effort, avait de la dyspnée ; le ventre était volumineux, les membres inférieurs œdématiés. Les règles manquaient depuis neuf mois. Son appétit avait été toujours bon, mais son sommeil toujours agité ; elle ne se trouvait bien que dans la position assise.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle avait commencé à sentir les douleurs de l'enfantement, et ses douleurs avaient augmenté d'intensité et de fréquence pendant la nuit ; étant insupportables le lendemain matin sans que l'accouchement eût lieu, elle se décida à entrer à l'hôpital pour être soulagée de ses souffrances.

Immédiatement j'ai procédé à un examen général et j'ai trouvé que sur sa figure se peignait l'angoisse ; elle agitait continuellement ses membres supérieurs, les inférieurs étaient œdématiés ; le pouls était de 125 pulsations à la minute, sa température de 39° et demi ; sa peau était chaude au toucher et couverte de sueur abondante. L'abdomen, très développé, dessinait son relief jusqu'à la région épigastrique et

Vu de face.

De la région sacro-périnéale du fœtus F se dégage l'anide A qui est composé d'une enveloppe cutanée enfermant dans son intérieur un assemblage désordonné des débris d'un autre fœtus : os, tissus fibrineux et graisseux, vaisseaux artériels et veineux, liquide en bonne quantité, etc., le tout éparpillé çà et là.

Après avoir opéré l'extraction de la tête et du thorax du fœtus F, j'ai fait des ponctions avec soin pour extraire un peu de liquide et diminuer le volume A, et cherchant l'accommodation longitudinale de ce dernier j'ai pu faire son extraction.

abdominal et de tâcher d'obtenir par des manœuvres externes son accommodation dans le sens de sa longueur avec le diamètre longitudinal du canal génital, en même temps que je tirais le corps fœtal du côté vulvaire. Au bout de quelques instants, j'ai pu apercevoir une des extrémités de la tumeur que je saisis avec une forte pince Museux en la tirant fortement. L'accouchement fut ainsi terminé et la malade soulagée de ses souffrances.

L'examen de la grande pièce que nous reproduisons ici nous donna les résultats suivants :

Fœtus bien développé, ses dimensions ne dépassant guère les normales ; la peau velue et d'une couleur violacée ; le cordon ombilical était flasque, pâle et en complète hémostase ; la tête, très résistante ; la cavité buccale laissait échapper un liquide clair.

La tumeur présentait encore quelques bosses et les marques des ponctions que j'ai faites pendant l'opération. Les ouvertures faites par les ponctions donnaient accès à des cavités desquelles nous avons pu extraire le liquide qu'elles contenaient.

La tumeur se continuait avec les régions fessières et le centre de la région périnéale, laissant par conséquent libre l'ouverture anale et la région génitale ou antérieure. Ayant fait plusieurs coupes avec un bistouri sur le sens de sa longueur et transversalement, j'ai pu voir qu'elle était composée : *a)* d'une enveloppe cutanée complète, sillonnée de veines très apparentes et très grosses ; *b)* d'une grande quantité de tissu cellulaire qui tapissait l'enveloppe cutanée et qui était mélangée avec des débris fœtaux : os crâniens incomplets, os des membres inférieurs, quelques côtes et cloisons aponévrotiques qui divisaient cet assemblage difforme en plusieurs cavités de capacités diverses. Il faut ajouter à cela quelques artères et une certaine quantité d'un liquide transparent.

Sa forme était généralement ovoïde et son volume un peu plus fort du côté où elle se continuait avec le fœtus.

Cette pièce a été classée par mon maître, le savant Dr Juan Maria Rodriguez, professeur à la Maternité, comme monstruosité endocymienne, variété anide.

J'ai estimé ce cas digne de mention, non seulement parce qu'il se présente rarement dans la pratique, mais par les difficultés du diagnostic, les difficultés de l'accouchement et les manœu-

vres nécessaires qui ont préparé et déterminé l'extraction. Les ouvrages qui traitent de cette classe de monstruosités, ainsi que les notes que j'ai prises dans mes excursions à travers les musées et maternités d'Europe et d'Amérique, confirment sa rareté, et j'ai connaissance de seulement trois cas de cette espèce.

Je ferai remarquer, d'autre part, que les signes recherchés pour le diagnostic du côté abdominal ont été seulement de probabilité, tandis que, seul, le toucher fait avec soin et profondément, m'a fourni les renseignements nécessaires pour édifier sûrement le diagnostic.

Enfin, la possibilité où j'ai été de vider quelques-unes des nombreuses collections liquides contenues dans la tumeur m'a permis, avec l'aide du forceps, de faire passer d'abord le fœtus, puis la tumeur, sans quoi j'aurais été forcé d'embryotomiser le fœtus, et peut-être de l'extraire par fragments. J'ajouterai, pour terminer, que la tumeur étant placée transversalement, je n'ai obtenu son extraction qu'après l'avoir fait obéir aux lois appelées en obstétrique « lois *d'accommodation* » (c'est-à-dire la plaçant longitudinalement) pour pouvoir utiliser la triple action combinée de la rétraction utérine, de la compression manuelle et de la traction extérieure.

DEUX CAS DE RÉTRODÉVIATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

IRRÉDUCTIBILITÉ PAR INCARCÉRATION COMPLÈTE

RÉDUCTION PAR LA LAPAROTOMIE

ACCOUCHEMENT A TERME

Par le Dr **Mouchet**

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens

Correspondant de la Société de chirurgie (1).

Les interventions par la laparotomie dans les rétrodéviations de l'utérus gravide sont encore très rares, soit que la réduction de l'organe se fasse spontanément dans les premiers mois de la grossesse, soit que les moyens ordinaires suffisent presque toujours à corriger le déplacement.

Cependant il est des cas où ni la nature, ni la main de l'accoucheur ne peuvent triompher de l'enclavement de l'organe et où la femme serait menacée des plus graves accidents si l'on n'intervenait pas en temps opportun par une opération qui, en réduisant l'utérus, fait disparaître toute complication et permet à la grossesse de suivre son cours.

A part les 11 cas de Jacobs, parmi lesquels 4 seulement auraient été précédés de tentatives de réduction et celui de Schwartz où l'opération a été faite, la grossesse étant méconnue, nous ne pensons pas qu'il en existe d'autres dans la science où la laparotomie ait été pratiquée de propos délibéré pour réduire

---

(1) (Communiqués à l'*Académie de médecine*. Nous faisons suivre ces 2 observations du rapport dont elles ont été l'objet par M. le professeur PINARD.)

un utérus gravide après essai infructueux des tentatives manuelles.

Les hasards de la clinique nous ont fourni en moins d'un an deux cas intéressants de rétrodéviation de l'utérus au cours de la grossesse.

La première peut s'intituler :

Grossesse de 3 mois et demi dans un utérus en rétroversion ; incarcération ; rétention complète d'urine, grandes douleurs pelviennes ; réduction par la laparotomie, accouchement à terme. — La femme P... est âgée de 37 ans ; bonne santé habituelle, antécédents nuls ; menstruation régulière ; trois accouchements à terme normaux, aucune maladie de l'utérus et des annexes.

Les dernières règles ont apparu au commencement de septembre 1897 ; ce n'est que dans la seconde quinzaine de décembre que cette femme éprouva de la difficulté à uriner : envies plus fréquentes et quantité d'urine émise de plus en plus faible. En même temps, développement extraordinaire du ventre avec douleurs très vives et constipation opiniâtre.

Je la vois pour la première fois à la fin de décembre et constate l'existence d'une tumeur abdominale fluctuante, médiane, et dépassant l'ombilic, tumeur qui n'est que la vessie énormément distendue ; par le toucher vaginal un col très élevé, petit, peu entr'ouvert, situé très haut derrière le pubis.

Le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie, régulière, molle, quasi-fluctuante, non douloureuse à la pression, refoulant la paroi postérieure du vagin vers le périnée et distincte de la tumeur sentie par le palper abdominal.

Le toucher rectal confirme ces constatations, mais ne permet pas de sentir la limite supérieure de la grosseur pelvienne.

Je pratique le cathétérisme qui donne issue à deux litres d'urine claire, normale. Je puis m'assurer alors que la tumeur du petit bassin est constituée par l'utérus gravide dont le développement considérable ne me paraît pas en rapport avec l'âge de la grossesse, 3 mois et demi environ. A partir de ce premier cathétérisme, la femme P... n'urine plus, il faut la sonder trois fois par jour. L'état général est bon, l'appétit conservé, mais les douleurs abdominales persistent violentes, revenant par crises, et la constipation est toujours excessive.

utérin est très haut placé.

En présence de cette situation très pénible et inquiétante pour la malade et redoutant un avortement prochain, je tente la réduction par les moyens ordinaires : introduction de plusieurs doigts dans le vagin, puis dans le rectum ; je n'obtiens aucun changement de position. L'utérus est bien enclavé dans le bassin et ne subit à la suite de ces tentatives répétées aucun mouvement en avant.

Comme la rétention d'urine est absolue, que le cathétérisme devient de plus en plus difficile et douloureux, que les douleurs abdominales augmentent du fait du développement assez rapide de l'utérus, qu'une fausse couche avec toutes ses conséquences paraît imminente, je propose la réduction de l'utérus par la laparotomie.

L'opération a lieu quelques jours après, le 4 janvier 1898, à l'Hôtel-Dieu.

La malade est mise sur le plan incliné : une incision sur la ligne médiane est pratiquée à trois travers de doigt au-dessus du pubis pour éviter la vessie. Malgré cette précaution, je tombe sur le tissu cellulaire prévésical et trouve une vessie qui, bien que vidée par la sonde, a le volume d'un gros œuf et remonte jusqu'à l'ombilic.

L'incision prolongée par en haut met à découvert une tumeur rougeâtre, arrondie, molle, sans adhérences, occupant toute l'excavation, tumeur qui n'est autre que l'utérus gravide complètement renversé en arrière et fléchi sur lui-même.

Ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté que je réussis à le dégager en introduisant la main entre l'organe et la concavité du sacrum. Il est très vasculaire et présente un volume considérable pour une grossesse de trois mois et demi.

Absence complète d'adhérences à la vessie, à l'intestin et au bassin ; pas de fibromes. Rien du côté des annexes.

Le ballottement ne me permet pas de sentir le fœtus, mais de constater une grande quantité de liquide amniotique. La vessie est refoulée derrière le pubis ; le col utérin s'étant naturellement abaissé, je remarque que l'utérus, qui n'a aucune tendance à reprendre sa position vicieuse, remonte à deux travers de doigt de l'ombilic.

Le ventre est fermé par une suture à trois étages. Le soir, quelques vomissements chloroformiques. T. 37°. Douleurs vives et continues dans le ventre. Injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le 5. — Température normale. La nuit a été calme ; pas de vomissements ; cathétérisme facile ; urine claire et abondante.

Le 6. — Même état satisfaisant. Selle à la suite d'un lavement.

Le 7. — Calomel ; pas de température ; cessation à peu près complète des douleurs.

L'amélioration se continue les jours suivants. Les fils sont enlevés le septième jour et le quinzième, la malade se sentant tout à fait bien, se lève sans fatigue. Elle a uriné seule dès le quatrième jour.

La convalescence suit une marche régulière, malgré la formation d'un petit abcès de la paroi à la partie inférieure de l'incision.

Le 15 février, la femme P... percevait les mouvements de l'enfant, et le 20 juin elle accouchait en quelques heures d'un enfant du sexe masculin, gros et bien constitué. Je l'ai revue depuis et ai constaté que l'utérus était encore en légère rétrodéviation.

La seconde observation a pour titre :

Rétrodéviation de l'utérus gravide de quatre mois, avec kyste de l'ovaire et accidents graves d'incarcération. Ablation du kyste et réduction de l'utérus par la laparotomie. Guérison ; accouchement à terme.

Femme D..., 29 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, sans enfants, bien réglée, voit depuis plusieurs mois son ventre se développer d'une façon assez rapide. Elle n'a plus ses règles depuis le 1er février 1898. Elle se croit enceinte de quatre mois seulement, bien qu'elle soit en réalité fort grosse. Ce qui l'inquiète surtout, c'est que dès le mois de septembre dernier elle a ressenti d'assez vives douleurs dans le ventre avec vomissements, frissons et accès fébriles. En même temps apparaissait une tumeur surtout développée à gauche, dépassant peu à peu l'ombilic, allongée assez régulièrement de haut en bas et fluctuante. Je vois Mme D... le 5 juin ; par le toucher, je sens que le col est très élevé derrière le pubis, un peu gros, comme œdématié. Le bassin est rempli par une tumeur volumineuse, mollasse, régulière, appuyant sur le périnée et semblant se continuer avec le col, mais indépendante de la tumeur sentie à gauche dans l'abdomen et dont les contours sont très nets. Je crois percevoir faiblement à droite les battements du cœur fœtal. La malade a toujours bien uriné jusqu'à il y a quinze jours. Depuis, les mictions sont devenues plus fréquentes et la constipation opiniâtre.

Je pense à une grossesse dans un utérus en rétrodéviation avec

Je tente aussitôt la réduction par le vagin et par le rectum sans résultat. Pendant que j'attends le moment opportun pour intervenir, la femme D... est prise de rétention complète d'urine et de douleurs très violentes dans le ventre. Cette rétention d'urine ne me paraît pas être le fait de la compression de la vessie par la tumeur kystique qui s'élève dans l'abdomen et est assez mobile, mais par l'utérus qui se distend de plus en plus et s'enclave dans le petit bassin.

Le cathétérisme est douloureux et difficile, les douleurs plus intenses avec état général mauvais ; quelques vomissements et de temps à autre des accès fébriles.

Je me décide à intervenir, non sans avoir tenté de nouveau le redressement de cet utérus gravide de quatre mois environ. L'opération est pratiquée le 15 juin.

Le ventre, ouvert avec les plus grandes précautions en raison du déplacement de la vessie, j'extrais un petit kyste de l'ovaire gauche, sans adhérences, à pédicule long et mince, contenant un litre environ de liquide jaunâtre, un peu louche. Je puis alors constater que l'utérus, très développé, rouge, vasculaire, occupe toute l'excavation pelvienne dans laquelle il est incarcéré sans être maintenu dans cette position par des brides vésicales, intestinales ou pelviennes.

Comme dans l'observation précédente, son volume ne m'a pas paru en rapport avec l'âge de la grossesse. Après plusieurs tentatives, la main glissée avec peine dans l'excavation du sacrum, je réduis complètement l'organe. La vessie est refoulée derrière le pubis et le ventre fermé à trois étages.

Le soir, douleurs assez vives dans le ventre, vomissements dus au chloroforme, nuit mauvaise.

Le 16, température 37°,5 ; pouls peu fréquent, mais faible. Injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine pour calmer les douleurs.

Encore quelques vomissements les jours suivants ; puis la miction se rétablit le cinquième jour. Les douleurs cessent et la malade est tout à fait rétablie vingt jours après l'opération. La grossesse continue régulièrement son cours et l'accouchement a lieu dans d'excellentes conditions le 5 novembre.

Ces deux observations nous suggèrent les réflexions sui-

vantes : que la rétroversion ait été primitive ou secondaire, la réduction ne s'est pas faite spontanément, malgré l'absence d'adhérences.

Lorsque nous avons été appelé près de nos clientes, les phénomènes de compression et d'enclavement existaient déjà, puisque malgré l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, malgré les tentatives répétées de réduction manuelle, nous n'avons pu obtenir le moindre changement de position de l'organe.

Nous n'avons pas eu recours à l'introduction d'un ballon dans le rectum ni à l'emploi de certains instruments préconisés par quelques auteurs et nous n'avons pas songé un seul instant à pratiquer l'avortement, espérant, par une laparotomie conduite prudemment, sauver la mère et prolonger la grossesse jusqu'à terme.

Dans notre seconde observation, du reste, une intervention s'imposait ; la présence d'un kyste pouvait être un des principaux facteurs de la rétroversion et devenir plus tard, par son développement, une cause d'accidents graves pour la mère et pour l'enfant.

Nous signalerons le volume considérable de l'utérus en rétroversion, volume qui ne nous a pas paru en rapport avec l'époque de la grossesse. Ce fait tient-il à la gêne apportée à la circulation par le renversement de l'organe et sa flexion sur lui-même, ou à une plus grande quantité de liquide amniotique ? Ce développement explique peut-être l'enclavement précoce, l'irréductibilité et la très réelle difficulté que nous avons eue à insinuer la main dans l'excavation du sacrum pour en opérer le redressement.

Nous terminerons en disant que toute rétrodéviation au cours de la grossesse compliquée de rétention complète d'urine, de constipation excessive, de douleurs vives dans le ventre et irréductible par les moyens ordinaires, est justiciable de la laparotomie.

L'avortement provoqué ne sera plus pratiqué que tout à fait exceptionnellement, quand il existera une contre-indication formelle à l'ouverture du ventre.

Rapport de M. le professeur Pinard.

En présence de ces deux intéressantes observations, il est utile sinon nécessaire de rechercher et d'établir, il me semble :

1° La cause ou les causes de l'irréductibilité ;

2° La légitimité de la conduite tenue et des interventions pratiquées.

Causes de l'enclavement irréductible de l'utérus gravide en état de rétroversion. — Dans la pluralité des cas de rétroversion de l'utérus gravide, la réductibilité est observée, soit à la suite d'un traitement indirect (évacuation provoquée de la vessie et de l'intestin, position particulière de la femme), et dans ces cas la réduction est dite spontanée, soit à la suite d'un traitement dirigé sur l'utérus lui-même (intervention manuelle ou instrumentale). L'une des statistiques les plus récentes, celle du Dr Harlay (1), démontre ce fait de la façon la plus évidente, puisque sur 193 cas rassemblés par cet auteur, 141 fois la réduction eut lieu. Elle fut spontanée dans 36 cas, et le résultat de manœuvres directes dans 105.

Il n'en est pas moins vrai que dans un certain nombre de cas, la rétroversion est irréductible. Pour expliquer cette irréductibilité, des causes nombreuses ont été invoquées. Avec Boivin et Dugès, mais surtout avec et depuis Amussat, les adhérences, les brides utéro-rectales jouèrent un grand rôle et pour Bernutz en particulier, ces adhérences paraissaient être très fréquemment la cause des enclavements irréductibles.

L'on sait aujourd'hui, grâce aux travaux de Charles de Liège (2), de Pinard et Varnier (3), de Dührssen (4), que les

---

(1) André Harlay. *Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide.* Thèse, Paris, 1898.

(2) Charles. *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse.* Paris, 1878.

(3) Pinard et Varnier. *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide.* Paris, 1885.

(4) In *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 32, p. 859.

adhérences anciennes utéro-rectales ou utéro-pelviennes sont rarement la cause d'irréductibilité ; et que, au contraire, les adhérences anciennes vésico-intestinales ou vésico-intestino-pelviennes ou utéro-vésico-intestino-pelviennes en clôturant l'aire du détroit supérieur sont causes d'enclavement plus souvent.

Quand ces adhérences n'existent pas, l'irréductibilité résulte le plus fréquemment du volume trop considérable de l'utérus. C'est le développement de l'utérus renversé qui rend ou paraît rendre immuable l'incarcération.

C'est vraisemblablement là ce qui se produisit dans la première observation relatée plus haut.

Dans la seconde observation, nous voyons une autre cause qui a été également signalée, à savoir la coexistence d'une tumeur avec la grossesse.

L'on sait effectivement le rôle joué par les tumeurs fibreuses ou les kystes de l'ovaire dans la production de la rétroversion de l'utérus gravide et dans son irréductibilité.

Or on comprend, en lisant l'observation, que les tentatives de réduction faites par notre confrère le Dr Mouchet aient échoué de par le fait d'un kyste de l'ovaire s'opposant au mouvement ascensionnel de l'utérus.

En résumé, dans ces deux observations, la cause de l'irréductibilité a été : dans le premier cas, l'intervention tardive ; dans le deuxième cas, la présence d'un kyste de l'ovaire.

De la légitimité de la conduite tenue et des interventions pratiquées. — En disant que la cause de l'irréductibilité a été dans la première observation l'intervention tardive, je n'ai nullement voulu incriminer notre confrère. Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'appelé trop tardivement, il s'est trouvé en face du fait ou du mal accompli. Dans ces conditions, il me paraît que sa conduite a été tout d'abord celle d'un clinicien sagace et expérimenté. De suite il fait le diagnostic, immédiatement il provoque l'évacuation de la vessie et du rectum et rapidement il tente de réduire manuellement l'utérus.

D'aucuns pourront lui reprocher de n'avoir pas eu recours à

la réduction instrumentale et de ne pas avoir employé la fameuse baguette d'Evrat, la spatule-levier d'Antoine Petit, ou le gorgeret de Rœderer. Je le félicite au contraire d'avoir laissé dans l'oubli ces instruments qui, d'après moi, doivent y rester à jamais, car leur emploi ne peut être que désastreux.

Le meilleur instrument, le plus précieux, le plus puissant et le moins dangereux pour réduire l'utérus rétroversé est fourni par la main. Quand la main introduite dans le vagin et agissant suivant les règles connues, se trouve impuissante, on a bien peu de chances d'obtenir la réduction à l'aide d'un autre instrument. Seul l'emploi d'un ballon introduit dans le rectum, gonflé et laissé à demeure, me paraît justifié et me semble offrir quelque chance de succès (1).

L'on pourra aussi reprocher à notre confrère de n'avoir pas assez prolongé l'expectation. J'avoue que sur ce point encore je ne pourrai partager cette opinion, et voici pour quelles raisons.

En dehors de l'avortement, toujours à craindre dans ces circonstances, ne sait-on pas aujourd'hui combien sont à redouter les lésions de la vessie? Sans admettre entièrement la précision de Krukenberg, touchant l'influence de la rétention d'urine sur la production de la gangrène vésicale, nous savons avec quelle rapidité se produisent dans certains cas des phénomènes inflammatoires dont les suites peuvent entraîner et entraînent souvent la mort (2). En raison du cortège symptomatique décrit par notre confrère chez ses deux malades, en raison de ses tentatives infructueuses de réduction, je partage absolument son opinion : une intervention s'imposait.

Quelle devait être cette intervention ?

En raison de la difficulté de pratiquer le cathétérisme, devait-

(1) Voyez VARNIER. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, XXXII, t. II, p. 281, 286.

(2) Dans un cas observé par Walters, l'expulsion de la muqueuse vésicale sphacélée se fit déjà après quatre jours en dépit d'une reposition immédiate (cité par LABUSQUIÈRE, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1899, p. 222).

il pratiquer la ponction de la vessie ? Cette manière de faire est condamnée à juste titre par la majorité, pour ne pas dire par l'unanimité des accoucheurs.

Devait-il interrompre la grossesse ? Ce procédé thérapeutique me paraît devoir être absolumeut proscrit, car non seulement il tue fatalement le fœtus, mais encore fait courir à la mère les plus grands dangers.

La seule intervention rationnelle pouvant et devant être tentée était la laparotomie ou cœliotomie, car seule elle pouvait permettre de lever l'obstacle en cas d'adhérence, d'enlever la tumeur et en tout cas d'agir directement avec la main sur l'organe gestateur.

Les cas de Schwartz (1) et de Jacobs (2) montrent la puissance et l'innocuité de cette intervention.

Aussi, à l'heure actuelle, le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide me paraît-il devoir être formulé ainsi :

Au début, provoquer la libre évacuation de la vessie et du rectum.

Le plus souvent la réduction se produira spontanément.

La rétroversion persistant, il faut pratiquer la réduction manuelle par le vagin avec ou sans anesthésie. Si l'on échoue, l'introduction d'un ballon, gonflé et laissé à demeure dans le rectum, est la seule intervention instrumentale qui doive être tentée. La rétroversion se montrant irréductible, la seule intervention rationnelle et utile est la laparotomie ou cœliotomie, qui permettra de détruire les adhérences s'il y a lieu et d'enlever les tumeurs, en tout cas de pratiquer la réduction directe.

J'ajoute qu'en cas de signes permettant de constater la gangrène de la muqueuse vésicale, il faudrait pratiquer ensuite la taille vaginale.

Au courant des progrès réalisés dans ces dernières années, sûr de son diagnostic, avec son esprit de décision bien connu,

(1) SCHWARTZ. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894, XII, p. 241-247.

(2) JACOBS. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, n° 2, t. IX, p. 24-32.

le Dr Mouchet décida l'intervention et son habileté opératoire lui donna les deux brillants succès que vous connaissez et dont on ne saurait trop le féliciter.

Je propose à l'Académie de lui adresser des remerciements et de renvoyer son travail à la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de correspondant national qui ne manquera certainement pas d'en apprécier la haute valeur.

REVUE CLINIQUE

Kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin compliquant l'accouchement. Tympanisme utérin. Perforation sur l'enfant mort; cranioclasie; extraction de la tête, des épaules et du tronc très difficile. Suites de couches normales.

Par **J. Frantas,**
Ancien chef de la clinique obstétr. et gynécol. de M. le professeur Pawlik, à Prague.

M. F..., âgée de 42 ans, femme d'un serrurier, entrait, le 10 juin 1892, à la clinique obstétricale de M. le professeur Pawlik, à Prague.

Pas de maladies sérieuses durant sa jeunesse. Elle a été réglée à 13 ans, toutes les quatre semaines, sans douleurs, mais assez abondamment; durée des règles, de quatre à sept jours. Mariée à l'âge de 23 ans, elle a accouché la première fois un an après. L'accouchement fut spontané, mais très grave et pénible, d'une durée de deux jours et demi; l'enfant, en état de mort apparente, revint bientôt à la vie. Tout de suite après l'accouchement, elle ressentit des douleurs aiguës au bas-ventre pendant plusieurs jours; ces douleurs se répétèrent après tous les accouchements et, pour cette raison, elle suppose que sa maladie ultérieure a commencé déjà à cette époque. A l'âge de 26 ans, deuxième accouchement, spontané, mais aussi très grave comme le premier; l'enfant était vivant. A l'âge de 27,

29 et 30 ans, elle a accouché spontanément, enfants vivants ; tous les accouchements étaient très graves, pénibles et d'une longue durée. Deux ans après, sixième accouchement, spontané, aussi grave que les précédents, durant trois jours ; l'enfant était mort. Le médecin qui assistait à l'accouchement lui dit que l'accouchement serait toujours très grave, mais sans indiquer la cause des difficultés. A l'âge de 34 ans, septième accouchement, très difficile, qui nécessita une application du forceps ; l'enfant était bien développé, vivant. Le médecin lui dit, à cette occasion, qu'elle avait une tumeur au ventre (il diagnostiqua un fibrome utérin) et recommanda l'opération ; mais elle ne pouvait pas s'y résoudre. Cette fois-ci elle fut obligée de garder le lit pendant trois semaines, et elle se sentait très faible encore quelques semaines après. Quatre ans après, au mois de décembre 1889, une fausse couche de trois mois. Après l'accouchement la tumeur subit un accroissement bien notable, et survinrent les douleurs aiguës au ventre. Sa maladie devenant toujours plus grave, elle entra, le 14 avril 1890, dans la clinique gynécologique de M. le prof. Pawlik.

On trouva au ventre une tumeur irrégulière, élastique, indistinctement fluctuante, qui remontait à gauche presque jusqu'au bord du thorax, à droite à quatre travers de doigt au-dessous de celui-ci. La percussion au niveau de la tumeur donnait une matité absolue ; tout autour, sonorité intestinale. Au niveau de l'ombilic, une autre tumeur, du volume d'un petit pois, sphérique, lisse, élastique, vaguement fluctuante, assez mobile, et soudée par des adhérences avec la grande tumeur. La partie inférieure de la grande tumeur descend dans la cavité pelvienne et on peut la toucher dans le cul-de-sac antérieur. L'utérus est dévié et pressé à droite ; derrière lui, on peut sentir un corps élastique, presque cylindrique, et dans le cul-de-sac latéral gauche une petite tumeur du volume d'une noisette, de laquelle, dans la direction à gauche, s'étend une série de petites tumeurs du volume d'un gros pois. Le foie n'est pas augmenté de volume. La tumeur est séparée, par une zone claire, de la matité hépatique.

A l'*opération*, le 6 mai 1890, le professeur Pawlik trouva un kyste hydatique suppuré du ligament large gauche composé de deux poches ; adhérences étendues avec l'épiploon, le mésentère, la vessie et avec les anses intestinales. Le kyste contenait du pus vert-jaunâtre d'une mauvaise odeur et beaucoup d'hydatides de différentes dimensions. La poche supérieure fut énucléée. La paroi du kyste adhérente à la vessie était déjà partiellement nécrosée et sur le point de s'y ouvrir. A cause des adhésions trop étendues, on ne pouvait pas énucléer la deuxième poche ; c'est pourquoi on a pratiqué la marsupialisation. Tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée ; drainage complémentaire de la poche par le vagin.

Il aurait été trop difficile d'enlever la série de petites tumeurs dans le cul-de-sac latéral gauche ; l'opération durait déjà depuis deux heures et elle s'en serait encore plus prolongée. Du reste, ces petites tumeurs étaient bien dures et on supposait leur dégénération. Dans l'épiploon et dans le péritoine pariétal, on a trouvé des nodules jaunâtres, durs, du volume d'un grain de chanvre et d'un pois.

Les suites de l'opération furent très simples. La cicatrisation complète de la plaie abdominale a eu lieu le 11 juin ; celle de la plaie vaginale, le 20 juin. La femme quitta l'hôpital, le 23 juin, dans un très bon état. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait distinctement cette série de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette.

Au mois de septembre 1890, elle est devenue de nouveau enceinte et, le 20 octobre 1890, elle a fait une fausse couche d'environ 6 semaines avec une perte de sang considérable.

Voici le résultat de son examen à son arrivée, le 10 juillet 1892, à 7 heures du matin.

M. F..., est une femme de taille moyenne, bien constituée, semblant avoir un excellent état général. Le poumon et le cœur sains. Les glandes mammaires bien développées. Urine normale. Température 38°,5, pouls 96. Elle ne se souvient pas de la date des dernières règles, non plus du moment des premiers mouvements du fœtus. Le 9 juillet, à 3 heures du matin, rupture

spontanée des membranes et, bientôt après, apparition des contractions utérines. A son domicile, elle fut bien souvent examinée par une sage-femme et par le médecin.

Le ventre est développé comme à terme. Sur la ligne médiane, 1 centim. au-dessous de l'ombilic, une cicatrice étroite après la laparotomie, partiellement pigmentée, qui s'étend jusqu'à 4 centim. au-dessus de la symphyse pubienne. L'utérus est d'une forme presque sphérique, un peu incliné à gauche; il monte à gauche jusqu'au bord du thorax, à droite à deux travers de doigt sous celui-ci.

Présentation du sommet, position occipito-iliaque droite. La tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Les battements fœtaux réguliers, contractions utérines normales.

Diamètres extérieurs du bassin:

D. bisépineux	27 centim.
D. bisiliaque	31,5 —
D. bitrochantérien	32,5 —
D. de Baudelocque	21 —

Le vagin normal, le col effacé, l'orifice dilaté de trois travers de doigt; le bord libre de l'orifice épais, surtout en avant.

La tête mobile, volumineuse, les os du crâne durs, les sutures et les fontanelles étroites; la suture sagittale est située en travers, la petite fontanelle à droite. Le long du détroit supérieur, des deux côtés du promontoire, mais surtout à gauche, près de la symphyse sacro-iliaque on sent une série — à peu près onze — de tumeurs sphériques, élastiques, assez dures, immobiles, du volume d'une grande noisette ou d'une noix, au toucher, douloureuses, qui obstruent considérablement le détroit supérieur du bassin. Quant au bassin osseux, il est tout à fait normal.

A midi, température 38°,8; pouls 120.

Les contractions utérines douloureuses, assez fréquentes, mais tout à fait insuffisantes. Les battements fœtaux sont faibles et irréguliers.

L'utérus était assez fort incliné à gauche et la tête déviée un

peu à droite du détroit supérieur. La femme fut placée sur le côté droit.

Le soir, à 8 heures, température 39°,2, pouls 124. L'anneau de Bandl est très marqué, s'étendant à peu près à 5 centim. au-dessous de l'ombilic ; obliquement du côté droit d'en bas, à gauche en haut. On n'entend plus les battements fœtaux. Le liquide amniotique est d'une couleur vert-jaunâtre et d'une très mauvaise odeur. L'orifice dilaté de quatre travers de doigt ; son bord libre bien épais. La tête est encore au-dessus du détroit supérieur ; les petits kystes hydatiques du tissu cellulaire du bassin mettent obstacle à l'engagement de la tête.

Bien que la haute température, la fatigue causée par les longueurs de l'accouchement, la haute position de l'anneau de Bandl, la mauvaise odeur du liquide amniotique, de même le fait que la femme a subi, il y a deux ans, une laparotomie bien grave, étaient autant de raisons d'accélérer l'accouchement, on prit pourtant la résolution — en observant attentivement l'accouchée — d'attendre quelque temps, jusqu'à ce que l'orifice, encore étroit et au bord libre bien épais, fût plus dilaté et aminci.

A cause de la haute température et de la décomposition bien marquée du liquide amniotique, on ne voulait pas faire des incisions de l'orifice de crainte d'ouvrir une nouvelle voie à l'infection. Pour le même motif et parce qu'il ne fallait se soucier de l'enfant qui était déjà mort, il n'y avait pas lieu de songer à la ponction des petits kystes hydatiques pour faciliter la sortie de l'enfant.

Deux heures après, l'orifice était suffisamment dilaté. A dix heures le soir, la femme étant endormie, on introduit le perforateur de Guyon et on pénètre facilement dans le crâne à travers l'os pariétal droit. Après avoir dissocié la substance cérébrale et facilité son écoulement, on applique le crânioclaste de Braun sur l'occiput, qui était le plus facilement accessible. Après quatre fortes tractions, les os saisis sont arrachés dans leurs sutures ; on les enlève avec précaution en même temps que le

crânioclaste. Celui-ci fut appliqué de nouveau, cette fois-ci sur la face. Mais après quelques tractions plus fortes, les os saisis sont aussi arrachés ; même chose se produit à la troisième application du crânioclaste, cette fois-ci au-dessus de l'oreille. Enfin, quand la tête, de cette manière, est considérablement diminuée et le crânioclaste, pour la quatrième fois, introduit — sur le sommet — on parvient à faire l'extraction de la tête avec une grande difficulté. Un nouvel obstacle se présente pendant la sortie des épaules. On tire énergiquement sur le cou du fœtus et sur un cordon appliqué autour du cou ; enfin, après une forte traction sur le crochet de Braun introduit sous le bras antérieur, combinée avec une traction sur le cou du fœtus, on réussit à extraire le bras antérieur, puis le postérieur. De même l'extraction du tronc du fœtus fut bien difficile. Directement derrière lui, s'échappent une grande quantité de gaz d'une très mauvaise odeur et beaucoup de liquide épais, vert-jaunâtre, extrêmement fétide. Le placenta, partiellement adhérent à la paroi antérieure de l'utérus est extrait par la main introduite dans l'utérus. Le fœtus, le placenta et les membranes sont d'une couleur brun-verdâtre et d'une odeur fétide.

L'extraction terminée, vagin et utérus furent injectés soigneusement avec plusieurs litres d'une solution de lysol (1 p. 100), et dans le segment inférieur de l'utérus fut introduit un tampon de gaze iodoformée. Il n'y avait nulle part de blessures ; l'utérus était bien contracté ; point de métrorrhagie.

L'enfant, un garçon bien développé, pesait 3,150 grammes sans le cerveau, le sang et la grande partie du crâne.

Suites de couches normales, excepté une unique élévation de la température (38°,7) le troisième jour.

La femme quitta la Maternité le 23 juillet, le treizième jour après l'accouchement, parfaitement rétablie. L'état général, excellent. Involution de la matrice, normale. L'utérus en antéversion, pas douloureux au toucher ; on ne peut pas introduire le doigt dans le col. Les lochies brunâtres, muqueuses, peu abondantes. Derrière l'utérus, le long du détroit supérieur, surtout à gauche près de la symphyse sacro-iliaque, on trouve

une série de petites tumeurs sphériques, élastiques, assez dures, immobiles, pas douloureuses au toucher, du volume d'une noisette ou d'une noix, au nombre à peu près de onze. Les annexes et le tissu autour de l'utérus d'ailleurs normaux. On ne constate aucune autre tumeur dans le ventre.

Quatre ans après, le 29 juillet 1896, j'ai revu la malade. L'état général était très bon; elle se sentait tout à fait saine. Au côté droit du bas-ventre, j'ai trouvé alors une tumeur sphérique, lisse, élastique, tendue, du volume de la tête d'un fœtus à terme et montant jusqu'à l'ombilic. A gauche, elle surpassait d'un travers de doigt la cicatrice laissée par la laparotomie, à laquelle elle adhérait par son pôle inférieur; d'ailleurs, elle était libre et assez mobile. Elle paraissait avoir son origine dans l'épaisseur de l'épiploon. L'utérus était élevé et déplacé en avant, jusqu'à la symphyse pubienne, par deux tumeurs situées dans le cul-de-sac de Douglas. L'une d'elles, du volume d'une orange, était à gauche; l'autre, un peu plus petite, à droite du col de l'utérus, fortement adhérente à celui-ci et l'une à l'autre. Ces tumeurs sont tout à fait séparées de celle située au bas-ventre. La malade ne voulait pas se soumettre à une nouvelle opération.

Depuis ce temps, j'ai examiné la malade encore deux fois, au mois de février et d'octobre 1897. Les tumeurs avaient augmenté en volume, surtout celle située au bas-ventre. Enfin, après la suppuration de cette tumeur et lorsque les tumeurs pelviennes eurent rempli presque tout le petit bassin, comme elle maigrissait à vue d'œil, la malade se soumit à la clinique gynécologique de M. le professeur Pawlik, d'abord à l'opération de la tumeur abdominale et, plus tard, à l'opération des tumeurs pelviennes, à laquelle elle succomba.

Ici je n'ai fait qu'une très courte mention de la maladie ultérieure et des opérations devenues nécessaires plus tard chez cette femme. Leurs détails seront publiés ultérieurement.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA FRÉQUENCE ET DE LA SIGNIFICATION

DES INFARCTUS DU PLACENTA

Étude basée sur l'examen microscopique de 500 placentas

D'après **J. Whitridge Williams** (1).

Les infarctus placentaires ont été bien étudiés en France. Et certainement M. le professeur Pinard est un des cliniciens qui ont le plus attiré l'attention sur ces altérations de l'arrière-faix et sur leur grande fréquence dans les placentas provenant de parturientes albuminuriques.

La thèse du Dr Cagny (1891), inspirée par lui, constitue un document important dans lequel l'auteur a rassemblé les données qui existaient déjà sur la question des *hémorrhagies placentaires de l'albuminurie*, et rappelé en particulier l'observation intéressante qui, la première, attira l'attention du professeur sur les relations existant entre l'albuminurie, les apoplexies placentaires, les infarctus blancs du placenta et la mort du fœtus. Il y expose aussi l'anatomie pathologique des hématomes placentaires (macroscopique et histologique), qu'il termine par l'énoncé des conclusions, réservées, de Rossier, d'après lesquelles les hémorrhagies intra-placentaires des albuminuriques résulteraient des lésions des vaisseaux de la caduque et non plus de celles des vaisseaux fœtaux. Depuis la thèse de Cagny, plusieurs travaux importants ont paru sur la même question. Pour l'instant, nous nous bornerons à analyser

(1) *The Am. J. of Obst.*, juin 1900, p. 775.

longuement celui de Whitridge Williams qui, d'ailleurs, a utilisé les travaux antérieurs, dont il donne à la fin de son mémoire un index bibliographique complet. Les examens de l'auteur ont porté sur 500 placentas, et il est arrivé à la conclusion que, *dans le plus grand nombre des cas, la lésion initiale serait une endartérite des vaisseaux des villosités.*

*
* *

Fréquence. L'auteur aurait constaté la présence d'infarctus, à un degré plus ou moins notable, sur *tout* placenta à terme. Mais, en certains cas, l'altération anatomique n'était reconnaissable qu'à l'examen microscopique. Par infarctus marginaux il entend désigner, exclusivement, les infarctus qui occupent un tiers au moins de la périphérie de l'arrière-faix. Il écarte également de sa statistique les infarctus superficiels ou centraux dont le diamètre est inférieur à un centimètre.

Cela étant établi, sur 500 placentas qu'il a examinés, il a trouvé : des infarctus superficiels ou centraux dans 243 cas, soit 44,6 p. 100; des infarctus marginaux seulement, dans 77 cas, soit 15,4 p. 100. Dans 107 cas, il y avait coexistence des deux variétés. Groupant ces derniers faits avec ceux des infarctus marginaux isolés, le placenta marginal s'est rencontré dans 184 cas, soit 36,8 p. 100. En résumé, infarctus placentaires dans 223 cas, soit 46 p. 100; infarctus marginaux purs dans 77 cas, soit 15,4 p. 100; infarctus rouges dans 15 cas, soit 3 p. 100 ; au total : 351 cas, ce qui donne la proportion de 63 p. 100.

Aspect et siège. Le plus souvent, la lésion est blanche, superficielle, et à la face fœtale du placenta. Puis, par ordre de fréquence, viennent les infarctus fibrineux, interstitiels, qui s'étendent souvent vers la face maternelle de l'arrière-faix, moins souvent vers la face fœtale.

Dans un nombre plus restreint de cas, l'infarctus occupe des portions plus étendues du placenta, affectant un ou même plusieurs cotylédons. Alors, d'ordinaire, l'infarctus paraît émaner de la surface maternelle pour s'étendre plus ou moins loin

dans l'épaisseur du délivre, parfois jusqu'à la surface fœtale. Habituellement, les infarctus rouges sont centraux, et lorsqu'ils atteignent un certain développement, ils intéressent toute l'épaisseur du placenta.

Structure microscopique. 1° Infarctus blancs ou fibrineux, qui représentent la lésion à sa période la plus avancée. A la coupe et sur le placenta frais, la lésion paraît d'un blanc mat, parfois comme graisseux ; d'ordinaire, elle se détache nettement sur les tissus voisins. A un examen plus approfondi, elle offre une disposition réticulaire. Elle est constituée par une infinité de faisceaux entre-croisés, entre lesquels il n'existe pas traces des tissus normaux. Soumis à la méthode de Weigert, l'infarctus présente la coloration bleue caractéristique. Mais, dans la majorité des cas, le processus pathologique est moins avancé. Entre les tractus fibrineux, on reconnaît des villosités plus ou moins nombreuses, à stroma normal, sauf des lésions plus ou moins accentuées d'endartérite. Par contre, l'épithélium est détruit sur une grande étendue, et l'on ne rencontre plus çà et là que des masses de syncitium.

En d'autres cas, le stroma des villosités a subi des changements notables et a un aspect presque fibroïde, qui s'accompagne de la disparition du plus grand nombre de ses noyaux ; dans des cas plus avancés, presque tous les noyaux ont subi la dégénérescence et le stroma des villosités est transformé en une masse dont les éléments constitutifs sont indistincts, et qui, traitée par l'éosine, prend une coloration rose homogène. Enfin il est des cas où, disséminés entre les éléments fibrineux, quelques foyers blanchâtres, pâles représentent tout ce qui reste du tissu villeux.

Dans les infarctus plus petits, et même assez fréquemment dans les infarctus étendus, on ne rencontre pas d'altérations aussi profondes. D'ordinaire, le stroma, abstraction faite des lésions artérielles, a un aspect parfaitement normal. Le seul signe du processus pathologique consiste dans la présence d'un petit anneau canaliculé, qui traité par l'éosine devient rose, et qui est immédiatement situé au-dessous du syncitium. Cet état

est identique à ce que Langhans, le premier, a décrit comme fibrine canalisée (canalized fibrin). Çà et là, les villosités ont perdu la plus grande partie de leur revêtement syncitial et ont été soudées entre elles par de la fibrine canalisée, mais non fusionnées par un réseau fibrineux.

On note de temps en temps que l'infarctus est composé non seulement de fibrine et de villosités plus ou moins dégénérées, mais que, disséminées dans son épaisseur, se trouvent des masses à formes irrégulières, de cellules volumineuses, à noyaux sphériques, qui se colorent assez vivement et accusent un degré plus ou moins avancé de dégénérescence. Quand ces amas s'observent vers le centre du placenta ou au voisinage du chorion, on dit habituellement qu'il s'agit d'îlots déciduaux, et on suppose qu'on se trouve en présence de sections portant sur les *septa* déciduaux. Quand ils sont plus rapprochés de la surface maternelle du placenta, on les considère comme des masses de cellules de la sérotine coupées par des sections obliques.

En ce qui concerne les *infarctus rouges*, il faut distinguer entre les infarctus rouges, rouge-vif ou rouge sombre, nettement circonscrits, plus ou moins circulaires, et les masses plus considérables, de forme irrégulière, rouge brique, qui souvent s'étendent à travers toute l'épaisseur du placenta. A la première variété est appliquée le terme d'apoplexie, et lorsque les infarctus sont nombreux, cet état est dénommé en France *placenta truffé* (Pinard). Ceux du second groupe sont plus pâles, parfois rose terne ; à la coupe, ils apparaissent grossièrement granuleux et n'offrent pas l'aspect homogène des masses apoplectiques. Sans être en état de préciser, à cause de l'insuffisance des examens, la vraie nature des infarctus rouges (apoplexie), l'auteur estime qu'ils diffèrent essentiellement des autres formes d'infarctus et qu'il faut les placer dans un autre groupe nosologique.

Au contraire les infarctus, à coloration rosée, volumineux ont les rapports les plus étroits avec les variétés ordinaires d'infarctus blancs dont ils ne diffèrent que par un plus grand nombre de globules rouges du sang, enfermés dans les mailles du réseau fibrineux, qui réunit entre elles les villosités dégénérées.

En un petit nombre de faits, on constate des productions pathologiques volumineuses qui, sur les pièces fraîches, ressemblent plus ou moins aux infarctus centraux blancs, volumineux, mais qui, à un examen plus minutieux, montrent un aspect plus strié. Au microscope, on reconnaît qu'ils sont totalement dépourvus de fibrine et qu'ils sont constitués par des quantités de villosités dégénérées, étroitement fusionnées, et entre lesquelles il est impossible d'apercevoir des traces de sang ou de fibrine. Le processus de dégénérescence est très marqué dans les villosités qui composent ces masses : on ne saisit que les contours des villosités à travers lesquelles sont disséminées des amas considérables de débris cellulaires (1).

Parfois, on observe au centre des infarctus, particulièrement dans les infarctus rosés, volumineux, des cavités remplies d'une substance épaisse, grumeleuse, qui, sur les pièces fraîches, ressemble à du pus. Mais l'examen microscopique permet de s'assurer que ce n'est pas du pus, mais bien un amas de débris cellulaires, analogues aux foyers de ramollissement qu'on observe dans les thromboses communes.

Quand les infarctus contiennent du tissu « *décidual* », on constate assez fréquemment que ce tissu décidual est, à son centre, le siège de cavités remplies d'un liquide plus ou moins clair. Un examen attentif établit que c'est là le résultat de la dégénérescence et de la décomposition d'un certain nombre de cellules de la masse.

En ce qui concerne l'évolution du processus pathologique, voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur, après des examens minutieux de plusieurs coupes de chacun des 500 placentas qu'il a pu utiliser.

---

(1) EDEN étiquette ces altérations : infarctus non fibrineux. A son avis, ils seraient le résultat de l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux maternels dans la caduque, qui supprime la circulation dans les zones correspondantes du placenta. Le sang faisant défaut, les villosités, cédant aux pressions exercées par le reste du placenta, s'affaisseraient, s'accoleraient, puis subiraient la dégénérescence.

a) La cause première de la formation d'infarctus est, dans la très grande majorité des cas, une endartérite des vaisseaux des villosités choriales.

b) Le premier résultat de l'endartérite est la nécrose par coagulation des portions de la villosité situées immédiatement au-dessous du syncitium, avec formation consécutive de fibrine canalisée à mesure que le processus s'accuse; le syncitium également dégénère et se transforme aussi en fibrine canalisée, transformation à la suite de laquelle, sous l'influence d'un ferment ou d'un principe coagulant émané du syncitium, le sang des espaces intervilleux se coagule, ce qui amène l'adhésion, la soudure d'un nombre plus ou moins grand de villosités.

c) Le rôle joué par la caduque dans la formation des infarctus a été fort exagéré par nombre d'auteurs. Il est plus que probable que le tissu désigné par eux comme décidual est en réalité du tissu fœtal, d'origine ectodermique.

d) La production *très faible* d'infarctus n'a aucun sens pathologique. A ce degré, elle représente simplement un signe de sénilité du placenta ; c'est une modification analogue à celle qui se produit dans le chorion *lœve* à une époque précoce du développement de l'œuf.

e) La formation notable d'infarctus est observée assez fréquemment. Souvent, elle aboutit à la mort et au développement imparfait du fœtus. Habituellement, elle coexiste avec l'albuminurie chez la mère, bien qu'à l'heure actuelle il soit impossible de préciser la relation de causalité qui existe entre les deux états.

f) La formation d'infarctus n'est pas particulièrement marquée dans les cas d'éclampsie aiguë ; on l'observe de préférence dans les cas où l'éclampsie a été précédée par des symptômes marqués d'albuminurie.

g) Rien ne milite nettement en faveur de l'origine bactérienne des infarctus.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Hygiène de la femme enceinte. — De la puériculture intra-utérine (1), par A. Pinard. — L'étude de la puériculture doit comprendre trois grands chapitres :

1. La puériculture avant la procréation (hygiène des parents) ;
2. La puériculture depuis la procréation jusqu'à la naissance inclusivement (hygiène de la femme enceinte et parturiente) ;
3. La puériculture après la naissance (hygiène de l'enfant).

Le rapport de mon collègue Comby vous a fait connaître dans quelles conditions doivent être les générateurs pour que le produit de conception présente toutes les aptitudes à un développement normal.

Je n'ai à traiter ici que du deuxième chapitre, et encore partiellement. Car la question que j'ai à rapporter est ainsi formulée : *Hygiène de la femme enceinte.*

Je laisserai donc de côté, malgré l'intérêt qui s'y rattache, la question *naissance*, et n'envisagerai que l'hygiène de la femme pendant ce laps de temps qui s'étend de la conception à l'accouchement exclusivement.

Cette période, appelée *grossesse* ou *gestation*, a pour durée le temps nécessaire au développement normal et complet du produit de conception. C'est la vie *intra-utérine*, vie spéciale, vie végétative, toute dépourvue d'initiative, qui demande, pour s'accomplir d'une façon naturelle ou physiologique, des conditions particulières au terrain ou à l'organisme dans lequel cet âge doit être vécu.

Ce sont ces conditions que je dois étudier.

Si la durée de l'incubation chez les ovipares est sensiblement la même pour chaque espèce et n'est guère influencée que par un seul facteur, la chaleur, il n'en est pas ainsi pour les vivipares.

Chez ces derniers, la mère ne doit pas seulement donner la chaleur, elle doit fournir *le logement et la nourriture*. Cette simple constatation suffit à caractériser de suite la différence qui sépare l'incubation de la

(1) Rapport au *X*e *Congrès international d'hygiène et de démographie* (Paris, 1900).

gestation, le développement ovulaire *sous-maternel* du développement ovulaire *intra-maternel*. Ceci démontre que les conditions hygiéniques dans lesquelles les vivipares se trouvent placées doivent avoir des répercussions et des conséquences directes et incessantes sur l'être qui se développe en elles-mêmes.

Que ces mêmes vivipares soient placées dans les mêmes conditions, comme par exemple le sont des brebis dans un troupeau, on verra le développement intra-utérin du produit de conception présenter une durée sensiblement égale. On verra les agneaux naître à peu près au même moment et présenter un poids peu différent.

En est-il de même dans l'espèce humaine?

C'est pour répondre à cette question que j'ai recherché le poids de tous les enfants nés à la Maternité depuis 1822, — année où on a commencé à peser les enfants au moment de leur naissance, — jusqu'en 1899, et de tous les enfants nés à la clinique Baudelocque, et voici ce que j'ai constaté :

Sur 168,656 enfants nés à la Maternité et 19,548 enfants nés à Baudelocque, soit un total de 188,204, j'ai constaté le résultat suivant :

Enfants pesant 4.000 gr. et plus :	9.236,	soit environ	5	p. 100.
3.500 à 4.000	35.124,	—	17,50	—
3.200 à 3.500	31.255,	—	16	—
3.000 à 3.200	39.963,	—	20	—
2.800 à 3.000	18.536,	—	10,50	—
2.500 à 2.800	25.019,	—	15	—
2.500 et au-dessous.	29.071,	—	16	—

Sur 188,204 :

72,626 pesaient moins de 3k000 !

29,071 étaient des prématurés pesant moins de 2k500 !

On peut objecter que le poids de l'enfant n'est pas toujours en rapport direct avec la durée de la vie intra-utérine, et que la taille des parents a une influence capitale. Je ne nie point cette influence et je reconnais que les gros enfants, ceux dont le poids atteint ou dépasse 4,000 grammes, sont le plus souvent des enfants issus de parents de grande taille, présentant eux-mêmes un développement exceptionnel. Mais la différence de taille observée chez les parents est insuffisante à expliquer la différence de poids observée chez les enfants.

Ce n'est pas parce que les parents étaient de petite taille que 72,626 enfants, sur 188,204, pesaient au moment de leur naissance moins de

3,000 grammes. La taille des parents peut expliquer le plus, elle ne peut expliquer le moins.

Du reste, si au point de vue du développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine, la taille des parents avait cette influence prépondérante, les femmes petites devraient donner naissance à des enfants petits. Or, les résultats observés chaque jour sont-ils conformes à cette manière de voir ? Non ; et en voici la preuve la plus démonstrative.

J'ai cherché quel était le poids moyen des enfants chez 100 femmes symphyséotomisées, c'est-à-dire chez 100 femmes ayant presque toutes une taille au-dessous de la moyenne, et dont quelques-unes sont de véritables naines. Or, le poids moyen de ces 100 enfants est de 3 kil. 350 gr. (1).

Olshausen a fait la même constatation, et, au Congrès de Moscou, à propos des femmes chez lesquelles il avait été obligé de pratiquer l'opération césarienne, il disait : « Bien souvent on fut frappé du volume relativement considérable de l'enfant comparé à l'exiguïté, à la petitesse de la mère rachitique : 20 des enfants, dont le poids est noté, avaient un poids moyen de 3 kil. 315 gr. Le contraste d'ailleurs le plus frappant était offert par l'enfant d'une naine, mesurant 111 centim. Cet enfant pesait 3,000 grammes et mesurait 45 centim. La mère ne pesait que 29 kilos à sa sortie.

En prenant, comme on l'a fait (2), le poids moyen des enfants nés à la Maternité pendant une période de seize années, et qui fut trouvé de :

3,164 grammes pour les garçons, et de 3,101 grammes chez les filles issues de primipares ;

3,372 grammes pour les garçons, et de 3,120 grammes chez les filles issues de multipares,

On a donné un poids moyen social certainement inférieur au poids moyen normal.

Il est bien entendu que je ne veux et ne dois m'occuper ici de l'influence des maladies de l'organisme maternel pendant la grossesse, ni de celle des rapports pathologiques des éléments de l'œuf humain sur le développement du fœtus Ces questions ressortissent à la médecine proprement dite. Je ne m'occuperai pas davantage des causes

(1) Voir PINARD. De la puériculture intra-utérine. *Clinique obstétricale*. p. 57.

(2) *Dict. des Sciences méd.*, article « Fœtus », p. 486, 4e série, t. II.

aussi nombreuses qu'exceptionnelles qui peuvent produire une expulsion prématurée.

Ce que je dois rechercher ici, et ce que je vais essayer de démontrer, c'est la cause vulgaire, le facteur commun et si puissamment dangereux qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est exempte de maladie et que l'enfant se développe d'une façon normale, qui fait, si l'on veut accepter cette expression, ce que fait le coup de vent qui détache de l'arbre bien portant le fruit sain, mais vert.

Cette cause, c'est le *surmenage*.

Je ne puis démontrer ici la physiologie pathologique; c'est-à-dire la façon dont le surmenage agit ; qu'il me suffise de dire que la conformation anatomique et, en particulier, la station bipède de la femme jouent le plus grand rôle dans la production des accidents.

Mais, je dois démontrer la véracité de mon affirmation.

Dès 1895 (1), j'essayais de montrer l'influence du repos chez la mère pendant la grossesse, sur le développement de l'enfant.

Pour cela, je donnais le poids moyen de 500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement et le poids moyen de 500 enfants nés de mères reposées et soignées pendant la fin de leur grossesse, et je faisais observer la différence considérable, en plus, observée chez ces dernières. Sur mes conseils et d'après mes indications, le Dr François-Charles Bachimont (2) a recherché quel est le poids moyen des enfants chez les femmes :

1. Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse ;
2. Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse, *debout ;*
3. Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse, *assises ;*
4. Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse, assises mais en faisant mouvoir les jambes ;
5. Ayant eu une période de repos pendant deux ou trois mois ;
6. Ayant eu une période de repos dépassant trois mois.

Ces documents ont été recueillis soit à la clinique Baudelocque, soit à la Maternité de Tourcoing.

En voici les résultats :

---

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* et *Revue d'hygiène*, 1895.

(2) F.-C. BACHIMONT. *Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine.* Th. doct., Paris, 1898.

PRIMIPARES

		AGE MOYEN	POIDS MOYEN
391	Primipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	25,67	2k,931
144	Primipares, ouvrières de filature ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	20,53	2k,988
54	Primipares, ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing	21,58	3k,030
219	Primipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	22,54	3k,097
22	Primipares, machinistes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	24,59	2k,950
298	Primipares s'étant reposées de deux à trois mois	22,58	3k,291
199	Primipares s'étant reposées plus de trois mois	22,70	3k,255
197	Primipares s'étant reposées	22,63	3k,255

MULTIPARES

523	Multipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	28,83	2k,116
80	Ouvrières de filature ayant travaillé jusqu'à l'accouchement	25,34	3k,114
70	Multipares, ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing	27,32	2k,323
388	Multipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	29,67	3k,303
55	Mécaniciennes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	28,80	3k,201
301	Multipares s'étant reposées deux à trois mois.	27,43	3k,457
234	Multipares s'étant reposées plus de trois mois.	26,90	3k,457
531	Multipares s'étant reposées	27,17	3k,457

Ce tableau récapitulatif, qui porte sur 4,455 observations, démontre, il me semble, avec une rigueur mathématique, l'influence du repos ou de la fatigue, pendant la grossesse, sur le poids du produit de conception, puisqu'il fait voir que *le poids de l'enfant d'une femme qui s'est*

reposée deux à trois mois est supérieur, d'au moins 300 grammes, à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.

Le Dr Alexandre Bachimont (1), sur 161 cas de grossesse gémellaire observés à la clinique Baudelocque, a trouvé :

— Chez les enfants des femmes *qui se sont reposées*, le poids moyen au moment de la naissance a été :

Pour le 1er enfant	2,550 gr.	— à la sortie de Baudelocque	2,640 gr.
— 2e --	2,480 gr.	— —	2,580 gr.

— Chez les enfants des femmes qui ne se sont pas reposées, le poids moyen au moment de la naissance a été :

Pour le 1er enfant	1,935 gr.	— à la sortie de Baudelocque	2,030 gr.
— 2e —	1,910 gr.	— —	2,025 gr,

Mme Lucha Sarraute Lourié (2), pour sa thèse de doctorat, a recherché qu elle était la durée de la gestation chez 1,550 femmes s'étant reposées à l'asile Michelet et chez 1,550 femmes accouchées à Lariboisière sans repos préalable. Elle a constaté que la gestation avait une durée plus longue — vingt jours et plus — chez les femmes s'étant reposées, que chez celles qui avaient été privées de repos.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur, la concordance et sur l'éloquence de tous ces chiffres ; il me semble que la démonstration est suffisante.

Je veux exposer maintenant *quel est le sort réservé aux enfants nés prématurément.*

L'observation ayant démontré de tout temps que les prématurés mouraient en grand nombre et que les survivants s'élevaient plus difficilement que les enfants nés à terme, on s'est ingénié à rechercher les moyens pouvant empêcher ces malheureux de mourir. De là, la création de ces fameuses couveuses et l'emploi du gavage.

Quel a été le résultat obtenu ? Le voici :

A l'établissement des débiles de la Maternité de Paris, établissement modèle où rien n'a été épargné, ni la science, ni le dévouement, ni l'argent, voici le tableau qui a été enregistré :

---

(1) A. Bachimont. *De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires.* Th. doct., Paris, 1899.

(2) Lucha Sarraute Lourié. *De l'influence du repos sur la durée de la gestation. Étude statistique.* Th. doct., Paris, 1899.

Mouvement de la population des enfants débiles depuis l'ouverture du service (20 juillet 1893) jusqu'au 31 décembre 1899 (1).

	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899
Entrées.....	211	563	445	377	391	482	492
Décès.....	87	252	258	241	292	343	322
Mortalité p. 100.....	41,23	41,75	57,97	61,2	70,4	71,0	65,4

Ainsi, sur 2,961 enfants, il en est mort 1,795 et la durée moyenne du séjour par enfant n'a guère dépassé un mois !

Et que deviennent ceux qui ne meurent pas ?

Je peux répondre, sans crainte d'être démenti, que, sauf des exceptions très rares, ces prématurés pour lesquels on a fait tant de sacrifices, qui ont coûté tant de soins, de dévouement et d'argent, restent pendant toute la durée de leur vie des débiles ou des infirmes.

Il résulte d'une enquête que j'ai faite près d'un certain nombre d'éleveurs, que jamais on n'élève un poulain ou un veau né prématurément.

Le système nerveux d'un prématuré reste à jamais incomplètement développé, d'où déchéance, faiblesse fatale. Les appareils incomplètement développés fonctionnent prématurément, d'où infirmité.

Je ne puis m'étendre, ici, sur cet important sujet dont l'étude nécessiterait un volume.

J'ai suffisamment démontré, je pense, par les lignes qui précèdent :

1. Combien les naissances prématurées étaient fréquentes dans l'espèce humaine et quelles en étaient les conséquences.

2. Combien la grossesse a plus de chances de se développer normalement et l'enfant de se développer d'une façon plus naturelle et plus complète lorsque la femme se trouve placée, pendant la grossesse, dans des conditions particulières.

Aussi, sans phrases, m'appuyant sur les faits, et au nom de l'intérêt, de la solidarité, de l'humanité, je propose au Congrès d'adopter le vœu suivant :

Toute femme salariée a droit au repos pendant les trois derniers mois de sa grossesse.

(1) Ce service a été dirigé du 20 juillet 1893 au 1er janvier 1895 par Mme Henry, sage-femme en chef ; du 1er janvier 1895 au 1er mars 1898, par M. le Dr Budin, accoucheur en chef de la Maternité ; du 1er mars 1898 au 1er janvier 1900, par M. le Dr Porak, accoucheur en chef de la Maternité.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 1er juin 1900.

VARNIER. — **Fracture de la base du crâne au septième mois de la grossesse. Accouchement à terme.** — A propos de l'observation rapportée par M. Quénu, dans la séance précédente, d'avortement consécutif à une ovariotomie facile et rapide et de la question soulevée par M. Quénu des rapports du traumatisme et de la grossesse, M. Varnier rapporte l'observation suivante : femme de 18 ans, primipare (dernières règles, 6 au 12 octobre 1897), se jette par la fenêtre d'un 2e étage dans la rue (24 mai 1898). Elle est transportée à l'hôpital Laennec dans le service de M. Reclus. Coma ; écoulement du sang par la bouche, le nez, l'oreille gauche ; strabisme interne paralytique de l'œil gauche. Diagnostic porté par M. Reclus : fracture de la base du crâne. Au bout de huit jours elle reprend connaissance ; au bout d'un mois elle se lève. Le 14 août, elle accouche sans incident, à terme, d'un enfant vivant de 3,340 gr. Placenta normal. Suites de couches normales. Le strabisme interne à gauche persistait avec une surdité complète à gauche et un peu de boiterie.

M. VARNIER rappelle les faits du même genre observés par Mauriceau, Sirois, Carstens, Fischer, Kennedy, Tourtual, dans lesquels la grossesse continua son cours, et les résultats des autopsies faites l'une par Guéniot (chute, énorme plaie pénétrante de l'abdomen ; guérison ; morte du choléra treize jours après ; œuf intact dans l'utérus), l'autre par Hofmeier (chute par la fenêtre, mort, grossesse gémellaire, cloison rompue, hémorrhagie intra-amniotique et rétro-placentaire, ecchymose de l'angle supérieur gauche de l'utérus).

Discussion sur la communication de M. RICHELOT **sur la sclérose utérine et la vraie métrite.**

P. DELBET. — En 1891 et 1892, alors que la doctrine de l'origine infectieuse des métrites régnait sans conteste, M. Delbet, à la suite de recherches sur l'anatomie pathologique et la bactériologie des métrites, avait déjà établi qu'à côté des métrites infectieuses banales il existe des affections de l'utérus qui relèvent de troubles nutritifs d'ordre vasculaire et nerveux, scléroses utérines pour lesquelles il est difficile

encore à l'heure actuelle de faire le départ entre ce qui ressortit aux lésions infectieuses et aux troubles purement trophiques.

M. Delbet ne nie donc par l'existence des scléroses utérines. Mais la schématisation de M. Richelot est excessive. En dehors des infections puerpérales graves et des blennorrhagies aiguës, il existe d'autres infections utérines moins virulentes, capables de produire des scléroses inflammatoires. A ce propos M. Delbet se demande si l'on peut affirmer qu'une femme dont les suites de couches n'ont pas paru troublées n'a pas été infectée ; si pendant la puerpéralité il ne peut y avoir des infections qui restent latentes pendant longtemps. Il pose la question aux accoucheurs.

A côté de ces affections atténuées il faut faire une place dans l'étiologie des scléroses utérines aux déplacements utérins. M. Delbet compare ces scléroses de l'utérus déplacé aux énormes épaississements du mésentère et de l'épiploon dans les vieilles hernies.

Quant aux troubles utérins des vierges que M. Richelot range dans les scléroses neuro-arthritiques, ils peuvent être dus à une antéflexion congénitale, à des troubles évolutifs de l'ovaire.

En somme, les scléroses dues au seul tempérament neuro-arthritique (il est bien entendu que certaines femmes sont plus que d'autres, de par leur tempérament, exposées à s'infecter et à faire de la sclérose à la suite de l'infection) sont encore à démontrer. Il est donc prématuré d'établir sur leur existence des règles de thérapeutique.

Bouilly. — Il est difficile d'admettre que la sclérose utérine constitue une entité morbide, que cette sclérose est l'aboutissant de congestions utérines répétées, que la métrite parenchymateuse est un simple trouble nutritif d'origine arthritique nerveuse. M. Bouilly se rapproche beaucoup plus de la doctrine de M. Delbet. La sclérose utérine lui paraît une étape éloignée de l'évolution de la métrite chronique. Mais si l'infection fait la lésion anatomique, le tempérament donne la note symptomatique.

Doléris. — Les scléroses utérines sont pour la plupart secondaires à la métrite infectieuse. C'est l'infection qui fait la métrite ; c'est la constitution morbide qui fait la chronicité aboutissant à la sclérose. Cependant, à côté de ces scléroses secondaires il semble bien qu'il y ait des formes de sclérose utérine primitives, constitutionnelles. Ce sont ces faits d'utérus géants, d'allongement hypertrophique du segment cervical moyen ou vaginal du col. Ces gros utérus scléreux se rencontrent chez des syphilitiques, des arthritiques, des nerveuses, des

alcooliques, des obèses en même temps que des ectasies veineuses, des hémorrhoïdes, du varicocèle ovarien. Ces scléroses utérines présentées sont cependant beaucoup moins fréquentes que ne le croit M. Richelot.

Doléris. **Infection mixte généralisée paraissant due à l'association du gonocoque et du staphylocoque ayant amené la mort chez une femme enceinte de six mois.** — Chez une femme enceinte de six mois surviennent, à la suite de symptômes d'uréthrite et de cystite, des accidents de pyélonéphrite ascendante aiguë. Elle avorte. Apparaissent alors des érythèmes infectieux, une péricardite, de la pleurésie, des synovites, des arthrites multiples. Elle meurt quatre jours après l'avortement, quinze jours après le début des accidents. Les examens bactériologiques ont montré l'existence de microbes ressemblant au gonocoque et au staphylocoque. L'identification de ces microbes non encore faite complètement sera publiée ultérieurement.

M. Pinard ne croit pas que la puerpéralité puisse être mise en cause dans l'observation de M. Doléris, c'est plutôt la virulence, du gonocoque si gonocoque il y a, qui paraît avoir été la cause de généralisation de l'infection.

Séance du 6 juillet 1900.

Rudaux. **Dystocie par fibrome du segment inférieur. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale ; guérison.** — Femme de 28 ans, VIpare, a eu deux accouchements prématurés à huit mois et un avortement de cinq mois et demi. A la suite des deux derniers accouchements a eu des hémorrhagies apparues dès le 3e jour et ayant duré dix-huit jours et dix jours.

Vers le quatrième mois de la grossesse le diagnostic du fibrome fut fait. L'utérus gravide était en rétroversion. Cette rétroversion s'est réduite spontanément. Aux environs du terme on constate que l'excavation est occupée par une tumeur difficile à mobiliser, rénitente. Le diagnostic porté par M. Bazy, est celui de fibrome utérin ou kyste du ligament large. L'accouchement spontané étant jugé impossible, M. Ribemont-Dessaignes extrait par césarienne un enfant de 2,700 grammes qui respire aussitôt, et M. Bazy termine l'opération par une hystérectomie abdominale totale. Guérison. Sur la face intérieure du segment inférieur était implantée une masse ovoïde fibro-myomateuse dont le grand axe atteignait 15 cent.

Malartic. **Présentation, de la part de M. Doléris de trois faits se rapportant à la question de l'énucléation du fibrome.**

Pinard. **Note complémentaire sur une observation de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, opéré à la fin du 3e mois d'une grossesse dont l'évolution est restée normale.** (Séance du 2 mars 1900.) — Cette femme est accouchée normalement à terme d'une fille de 3,460 grammes. Elle ne présentait pas d'éventration à sa sortie de la Clinique Baudelocque le 12e jour.

La sclérose utérine et la vraie métrite. (Suite de la *discussion* sur la communication de M. Richelot, séance du 4 mai 1900.)

Varnier répond à la question posée par M. Delbet dans la dernière séance : peut-on affirmer qu'une femme dont les suites de couches n'ont pas paru troublées n'a pas été infectée. N'y a-t-il pas des infections qui se produisent pendant la puerpéralité et qui restent latentes pendant longtemps? Delbet avait d'ailleurs répondu par l'affirmative en arguant de l'apparition tardive de certaines phlébites consécutives à l'accouchement et qui ne sont précédées d'aucun signe d'infection.

Jusqu'à ces dernières années, il était admis qu'il n'y avait pas de phlegmatia alba dolens puerpérale sans symptômes fébriles au préalable survenus dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement. Si bien qu'au point de vue pratique on pouvait dire : « l'accouchée qui a à son dossier une courbe de suites de couches apyrétiques n'a pas droit à une phlegmatia ».

A l'heure actuelle ces propositions ne sont pas exactes : « Une accouchée, qui a à son dossier une courbe de suites de couches apyrétiques peut néanmoins, trois semaines, quatre semaines et plus, après l'accouchement, avoir, avec ou sans symptômes généraux, une phlegmatia alba dolens simple ou double ». Il y a plus, cela paraît à M. Varnier le cas le plus fréquent.

Cela tient non pas à ce que les phlegmatia en question ne sont pas à porte d'entrée génitale, mais à ce qu'à mesure que l'antisepsie s'affirme la virulence des microbes capables de gagner secondairement par l'utérus la veine du membre inférieur est plus atteinte.

Donc on n'est pas en droit d'affirmer qu'une femme dont les suites de couches n'ont pas paru troublées n'a pas été ou ne s'est point infectée. Comment alors plus tard pourra-t-on, d'après les simples renseignements d'une malade ; éliminer l'infection puerpérale de l'étiologie, d'une lésion chronique de l'utérus.

La preuve positive des infections latentes du post-partum a été faite par Krönig. Sur 63 accouchées apyrétiques et restées apyrétiques, Krönig a trouvé que 13 fois l'endomètre était infecté (3 fois par le streptocoque sans réaction générale d'ailleurs).

Dans les cas d'infection puerpérale à streptocoque type, Krönig a constaté la disparition rapide des streptocoques dans les lochies : après six semaines, on n'en trouve plus trace. Ceci explique les résultats négatifs des recherches de Delbet, de Menge, sur la bactériologie des sécrétions et de la muqueuse des utérus atteints d'endométrite chronique.

Hartmann. — La plupart des utérus gros et scléreux ont pour point de départ une lésion inflammatoire d'origine infectieuse. L'absence de microbes dans la cavité utérine ne suffit pas pour rejeter l'origine infectieuse de la lésion constatée. Les recherches bactériologiques entreprises par M. Hartmann consignées dans les thèses de ses élèves Du Bouchet et Audiau le prouvent surabondamment. Prenant l'infection gonococcique comme exemple, M. Hartmann a pu suivre le gonocoque dans l'urèthre et le col utérin, puis plus tard dans une collection purulente du cul-de-sac postérieur alors que la sécrétion utérine ne contient plus de gonocoque. Il en est de même pour l'uréthrite blennorrhagique de l'homme avec ses phases successives d'infection spécifique, d'infections banales, puis aseptique chronique. Pour les métrites infectieuses consécutives à l'accouchement, la même disparition du streptocoque s'observe alors que la lésion utérine persiste. Peut-être dans l'évolution de ces lésions chroniques, l'état neuro-arthritique vient-il dans certains cas augmenter la réaction morbide. Cela est possible. Mais le neuro-arthritisme ne suffit pas à créer la sclérose utérine. D'ailleurs les observations que M. Richelot a fait publier par M. Hepp ne sont pas suffisamment complètes (les examens bactériologiques, anatomo-pathologiques font en effet défaut) pour qu'on puisse baser sur elles la démonstration de l'existence de la sclérose utérine diathésique, entité morbide.

Richelot. — Il y a certainement des altérations chroniques du parenchyme utérin qui sont d'origine infectieuse, mais à côté de ces scléroses inflammatoires, il y a celles qui, par l'absence des causes ordinaires d'infection, par leur allure clinique, par le rapport qui les lie au neuro-arthritisme, n'ont pas une origine infectieuse.

L'arthritisme suffit à produire la sclérose utéro-ovarienne des vierges qui, en dehors de toute contamination, ont de la congestion pelvienne,

du catarrhe, de la dysménorrhée et également la scléroses des gros utérus rétro-déviés.

M. Richelot fait dans ces cas la part de l'infection possible, mais l'infection passée n'a plus d'intérêt pratique, si l'hypertrophie utérine, la sclérose utérine sont liées au tempérament de la femme et si l'infection primitive s'est effacée pour faire place à des troubles nutritifs d'ordre vasculaire et nerveux.

Cette façon de voir les choses a un grand intérêt thérapeutique. Combien de ces utérus sclérosés ont été traités comme des métrites par curettage, injections cautérisantes, badigeonnages antiseptiques, alors qu'un simple traitement général avec ou sans massage suffit! Pourquoi la médication antiseptique quand il n'y a pas d'infection? Il n'est pas bon de tourmenter sous couleur de le désinfecter un utérus d'arthritique nerveuse.

Schwartz. — **Un cas de sarcome angioplastique du vagin. Mort par hémorrhagie.** — Femme de 24 ans, a eu un accouchement à terme à 23 ans et une fausse couche le 29 novembre 1898. Depuis cette époque, perd du sang en abondance d'une façon continue. Le 30 décembre 1898, on constate dans le vagin, à la partie supérieure du cul-de-sac latéral droit, une ulcération molle déchiquetée, saignante, et sur la paroi antérieure un noyau néoplastique gros comme une amande. Le 5 janvier, une violente hémorrhagie survient (cautérisation au thermocautère, tamponnement, injection sous-cutanée d'eau salée). Elle meurt. A l'autopsie, on ne constate pas de généralisation. L'examen histologique des coupes des tumeurs vaginales montre qu'il s'agit d'un sarcome angioplastique à cellules rondes.

M. Schwartz rapproche de son observation celles de Steinthal Kalustow, Alglave et Milian, Franke, Jung.

Dans ces cas, il y a eu mort par hémorrhagie ou par récidive, malgré des interventions larges. Il semble que la ligature des deux hypogastriques soit la seule ressource pour lutter contre ces tumeurs malignes.

Séance du 5 octobre.

Varnier. — **Note préliminaire sur une méthode nouvelle de radiopelvigraphie.** — Comme suite aux « Notes de laboratoire » insérées dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (juillet-août 1900), sur une méthode nouvelle de radiographie (radiopelvigraphie à longue portée), M. Varnier apporte les résultats de ses dernières expériences.

La preuve est faite, sur le cadavre et la femme vivante, que la radiographie à longue portée (2 m. 50 centimètres) est applicable au bassin recouvert des parties molles. Les études connexes poursuivies en ce moment sur la puissance de portée des sources de rayons X dont dispose actuellement le laboratoire de la Clinique Baudelocque ont montré : 1° que le cadavre se laisse radiographier à 5 mètres ; 2° qu'on peut obtenir aisément, à cette même distance, la main, le poignet et l'avant-bras vivant ; 3° *qu'on peut radiographier le bassin sec à 30 mètres de l'ampoule ;* 4° *qu'à cette distance de 30 mètres on n'a pas épuisé la portée des sources en question.* M. Varnier possède à l'heure actuelle le moyen :

a) D'obtenir, à l'aide d'un simple radiotype, sans appareil spécial, sans épures, sans calculs, une représentation du bassin, meilleure, à certains points de vue, qu'une très bonne photographie en grandeur égale ;

b) D'identifier un bassin donné, c'est-à-dire de le voir en radiotypie comme il est au naturel, et d'en apprécier avec exactitude les diamètres utiles, qu'il s'agisse du grand bassin, de l'entrée ou de la sortie du petit bassin.

Ces radiographies à longue portée sont susceptibles de nombreuses applications. Elles permettent, par exemple, d'étudier avec précision les fractures, luxations, etc., grâce à la correction automatique des déformations *surajoutées* et à l'agrandissement inhérent aux radiotypes obtenus à petite distance.

Fieux (de Bordeaux). — **Une observation de présentation primitive de la face.** — Treize jours avant le début du travail à terme et tous les jours pendant ce laps de temps, M. Fieux a observé chez une primipare une présentation primitive de la face. Le diagnostic fut fait par le palper et par le toucher. Le travail dura quinze heures et demie. L'engagement de la face franche se fit en mento-droite postérieure. Le dégagement en mento-pubienne. L'enfant, masculin, pèse 3,000 grammes sans méconium. Le point important de cette observation est l'attitude particulière et persistante de cet enfant. Après la naissance, la tête est fléchie à tel point et la colonne vertébrale est tellement cambrée, que l'occiput touche presque la région sacrée. Il a beau crier, respirer, se débattre, il reste comme figé dans cette posture. Si l'on prend l'enfant entre les mains, on s'aperçoit que la tête peut être ramenée *presque* à la rectitude, mais qu'il est impossible de la fléchir. Quant à la colonne vertébrale, on ne peut, même en forçant, effacer son énorme ensellure. A l'union du dos et des lombes on remarque en outre

une dépression, une sorte de cupule ou de godet, dans lequel se loge une partie de l'occiput lorsque l'enfant est abandonné à son attitude naturelle. Enfin, si l'on vient à placer ce nouveau-né dans le décubitus dorsal, on le voit *faire le pont* d'une façon curieuse. Il repose uniquement sur l'occiput et sur les fesses, et trois doigts de champ sont glissés facilement entre la région dorso-lombaire et le plan de la table. Ces diverses attitudes vicieuses *restent irréductibles jusqu'au huitième jour*. A partir de ce jour, bien que l'enfant, abandonné à lui-même, continue à tenir la tête renversée et à cambrer fortement sa colonne vertébrale, il devient possible de faire fléchir la tête et de mettre la colonne vertébrale dans la rectitude. Le crâne est toujours nettement dolichocéphale.

Les particularités observées chez ce nouveau-né s'éloignent sensiblement de ce que l'on voit chez les enfants nés en présentation de la face, lorsque celle-ci se constitue pendant le travail, comme c'est la règle pour ainsi dire constante.

Les faits certains de présentation primitive de la face sont excessivement rares. C'est ainsi que dans la thèse de Lanselle (1888), sur 21 observations, 5 seulement, y compris celle de Ribemont, peuvent être conservées comme présentations primitives. Les autres ont trait à des têtes mal fléchies qui finissaient par la suite par s'engager spontanément en flexion, ou bien à des présentations de la face *constatées le jour même de l'accouchement*.

M. Pinard. — L'observation de M. Fieux constitue un document inattaquable, et fournit une preuve incontestable de présentation primitive de la face. Ainsi qu'il le dit si bien, ces faits sont « excessivement rares », car parmi tous les cas publiés comme tels, il n'en est guère que cinq qui puissent être admis sans contestation. La présentation de la face pendant la grossesse ne peut être admise qu'à titre accidentel.

Ce qui a été observé sur l'enfant, après la naissance, montre bien qu'il a été soumis pendant la grossesse à des compressions anormales. Son attitude n'était pas le résultat d'une malformation primitive, c'était une malformation acquise pendant la grossesse, et qui a disparu progressivement dès que les pressions ont fait défaut. Ce sont ces attitudes vicieuses que l'on rencontre chez les enfants de certaines primipares, et que l'on rencontre si souvent, sinon toujours, chez les enfants se développant en dehors de l'utérus dans un kyste fœtal. Les malformations de l'utérus peuvent, en raison d'une accommodation

anormale, fixer le fœtus de telle façon que tous les points du fœtus puissent se rencontrer au niveau du détroit supérieur pendant la grossesse.

Lepage. — **Sept observations de symphyséotomie.** — Obs. I. — Secondipare. Premier accouchement spontané. Enfant mort pendant le travail. Symphyséotomie. Suites de couches fébriles tenant à une cystite. Enfant vivant.

Obs. II. — Rétrécissement du bassin. Procubitus d'une main et du cordon. Symphyséotomie. Suites de couches normales. Femme et enfants vivants.

Obs. III. — Trois accouchements spontanés avec trois enfants morts pendant le travail. Première symphyséotomie en 1896 (M. Lepage). Enfant vivant. Deuxième symphyséotomie en 1899. Consécutivement eschare sacrée, fistule vésico-vaginale opérée avec succès par M. Baudron. Enfant vivant.

Obs. IV. — Premier accouchement au forceps. Deuxième accouchement : symphyséotomie après l'intervention. Pouls, 140-150. Pâleur. Pansement imbibé de sang. La femme examinée présente deux déchirures du col qui sont suturées. Les phénomènes de choc disparaissent. La femme guérit, mais garde une incontinence d'urine qui persiste actuellement, malgré des opérations bien conduites. Enfant vivant.

Obs. V. — Secondipare. Premier accouchement dystocique. Basiotripsie. Deuxième accouchement. Symphyséotomie pratiquée en ville dans des conditions d'instrumentation défectueuse. Accidents pleuro-pulmonaires du dixième au seizième jour. Guérison. Enfant vivant.

Obs. VI. — Hydramnios. Utérus surdistendu. Femme opérée après deux jours et demi de travail, le fœtus commençant à souffrir. Il succomba quelques jours après l'accouchement. La femme guérit.

Obs. VII. — Primipare. Symphyséotomie facile. Au cours de l'opération, le pouls s'accéléra et la femme se cyanosa. On dut suspendre le chloroforme. Une heure après l'opération, la femme mourait dans son lit. Enfant mort.

Autopsie. — Rétrécissement mitral, intégrité du péritoine, de l'urèthre et de la vessie.

Quelle est la cause de cette mort ? M. Lepage se pose la question sans la résoudre, etc 'est son incertitude à ce sujet qui le détermine à publier sa nouvelle statistique. Le surmenage, la longueur du ravail, es lésions cardiaques, la chloroformisation, le choc ne constituent-ils

pas un ensemble causal à incriminer ? M. Lepage soumet le cas à ses collègues

M. Lepage ne tire aucune conclusion de ses sept observations Il se borne à quelques réflexions :

La symphyséotomie n'est pas toujours une opération bénigne s'il faut redouter des phénomènes de choc semblables à ceux observés dans l'obs. VII.

Chez toute symphyséotomisée, avant de suturer la plaie pubienne, il faut examiner le col utérin ; toute déchirure du coldoit être immédiatement suturée.

Dans la majorité des cas, la symphyséotomie est pratiquée trop tard, alors que la femme est surmenée et la vitalité de l'enfant compromise.

Dans les cas où l'on a des doutes sérieux sur la vitalité de l'enfant, mieux vaut s'abstenir d'agrandir le bassin.

Hartmann. — **Un nouveau cas d'annexite à pédicule tordu.** — Les accidents ont débuté au sixième mois d'une grossesse qui, d'ailleurs, a évolué jusqu'au terme et s'est terminée par un accouchement spontané en novembre 1890. Depuis cette époque, quatre crises douloureuses ayant leur siège dans la fosse iliaque droite. La laparotomie, pratiquée le 20 septembre 1890, permet de constater une tumeur annexielle à laquelle l'appendice adhérait, dont le contenu était hématique et dont le pédicule, formé par le ligament large droit, était tordu d'un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Cette torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre est contraire à la règle ; elle a été déjà observée une fois par M. Hartmann. Dans les deux cas, la torsion s'était produite au cours d'une grossesse. Il semble donc que chez la femme grosse, la torsion des annexes droites ait tendance à se faire en sens inverse de la torsion lorsque l'utérus est à l'état de vacuité. Cliniquement, cette observation répond à la torsion peu serrée, progressive.

Enfin les examens bactériologiques pratiqués par M. Reymond ont montré que les annexes tordues étaient le siège d'une infection par les microbes habituels de l'intestin. Il s'agit vraisemblablement d'une infection secondaire venue de l'appendice adhérent aux annexes.

Varnier. — **Récidive de grossesse ectopique.** — Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, multipare, toujours très régulièrement et bien réglée.

M. Varnier la voit pour la première fois en juin 1893, en expulsion, à six mois, d'un enfant mort et macéré. Suites normales.

L'année suivante, accouchement (en avril 1894) à terme d'une fille vivante qui s'est admirablement élevée ; la mère ne l'a pas nourrie. Suites normales.

En mai 1899, elle vient consulter M. Varnier pour savoir s'il ne lui reste rien d'une « fausse couche de quelques jours » faite l'automne précédent, à la campagne qu'elle habite maintenant, et où elle s'est assez peu soignée. Les règles étaient depuis lors un peu douloureuses, surtout à droite. L'examen ne révèle rien d'anormal.

Le 21 septembre 1899, M. Varnier est appelé auprès d'elle pour une grossesse tubaire droite en état de rupture, les dernières règles étant du 7 au 13 août, la première crise douloureuse du 1er septembre (dix-huit jours), et la crise syncopale du 14 septembre (trente-deux jours après la fin des règles).

Le 25 septembre elle expulse une caduque utérine en deux fragments.

Les crises douloureuses persistant, le pouls restant élevé, la température oscillant autour de 38°, l'intervention est décidée. Le 3 octobre elle est laparotomisée par M. Hartmann. Extirpation des annexes droites ; la trompe est rompue à 75 millim. de la section chirurgicale, portant sur le voisinage de la corne utérine (sur les parois du sac fœtal, villosités choriales jeunes) ; hémorrhagie intra-péritonéale non enkystée. Drainage abdominal. Guérison.

Les règles reparaissent le 20 novembre 1899. Le 25 avril 1900, elles manquent. Le 4 mai, début des nouveaux accidents : lipothymies, douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le 8 mai, écoulement sanglant, noir. Le 12 mai, expulsion d'une caduque en deux fragments. Cessation des phénomènes péritonéaux. Le 5 juin, réapparition des règles. Guérison.

A propos de cette observation personnelle de récidive de la grossesse ectopique, M. Varnier a rassemblé les observations semblables et jusqu'à l'heure actuelle est arrivé à un total de 63 observations authentique (1). Il compare cette statistique à celle de Funck, qui comprend 188 cas de grossesse utérine survenant après la grossesse extra-utérine. M. Varnier demande à ses collègues qui ont opéré de nombreuses séries de grossesses extra-utérines s'ils ont observé la récidive et dans quelle proportion.

(1) Actuellement plus de 80. (H. V.)

Et étant donnée la fréquence de la récidive ectopique, il pose à nouveau la question soulevée par Abel : y a-t-il lieu, lors d'une première cœliotomie pour grossesse ectopique, de songer à un traitement prophylactique, par exemple à l'examen et à l'extirpation des annexes du côté opposé lorsqu'elles sont jugées aptes à la récidive ? Quels sont les signes de cette aptitude à la récidive ? Il essaiera d'y répondre à l'aide des observations qu'il est en train de rassembler.

M. Pinard. — Lors de la laparotomie pratiquée par M. Hartmann, a-t-on constaté sur la trompe saine les caractères que Freund a donnés comme favorisant la greffe tubaire de l'œuf ?

M. Hartmann. — Non. Je pense que dans le cas de M. Varnier, les adhérences qui se sont produites à la suite de la laparotomie autour de la trompe saine, à la suite d'une poussée légère de pelvi-péritonite plastique, ne sont peut-être pas étrangères à la récidive ectopique de la grossesse. Et d'une façon générale, ce sont peut-être les adhérences de la trompe laissée en place, consécutives à l'organisation des exsudats des hématocèles, qui sont la cause des récidives de la grossesse tubaire.

Séance du 9 novembre.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — **Utérus didelphe et vagin double.** — La pièce a été recueillie en juillet dernier, sur une femme arrivée à l'hôpital Saint-Louis, ayant fait depuis quatre jours un avortement incomplet de deux mois et demi environ. Curettage. La cloison séparant les deux vagins n'arrivant pas jusqu'à la vulve, on ne fit pas le diagnostic par l'examen des parties génitales externes. C'est le hasard qui fit que l'interne du service, en pratiquant l'opération, mit successivement sa main dans les deux vagins et fut fort étonné de trouver deux cols qui ne présentaient aucune ressemblance, l'un étant fermé, et l'autre béant, laissant passer des débris placentaires. Cette femme mourut le troisième jour.

Le vagin est unique dans sa partie externe sur un trajet de trois centimètres. Là commence une paroi qui sépare le canal en deux portions presque égales. On ne remarque aucun orifice à la partie supérieure de cette cloison, chaque vagin communiquant avec l'utérus du même côté.

Les deux utérus sont d'inégale grosseur. Le droit, qui était gravide, mesure 63 millimètres dans sa plus grande largeur et 109 dans sa longueur, du bord externe du col au fond. Le col est refermé et intact. Les culs-de-sac sont normaux.

L'utérus gauche mesure 52 millimètres dans sa plus grande largeur et 7 centimètres de longueur. Mais son col présente un sillon cicatriciel analogue à ceux que l'on rencontre souvent chez les femmes qui ont eu des enfants. Cette cicatrice, située à la partie interne et moyenne, est suivie d'un orifice faisant communiquer les deux cavités cervicales à quelques millimètres du bord externe du col. Cette communication est probablement artificielle.

Rectum, reins et uretères sont normaux.

DELESTRE. — **Les infections sanguines chez les nourrissons** (1). (Rapport de M. P. LEGENDRE.) — Sur 40 enfants de quelques jours à quatre ans supposés infectés et dont le sang a été examiné bactériologiquement, 8 ont vécu, dont 7 avaient un sang stérile et 1 avait donné à trois ensemencements successifs le bacille de Pfeiffer.

Trente-deux sont morts, dont 10 avaient donné des résultats négatifs.

Les 22 résultats positifs comprennent 5 enfants dont le sang a été ensemencé seulement pendant la vie, mais dont l'autopsie n'a pu être pratiquée, 9 dont le sang a été ensemencé pendant la vie et après la mort, 8 dont le sang a été pris seulement, mais immédiatement après la mort.

Les microbes trouvés dans les cultures ont été 8 fois du streptocoque, 5 fois du staphylocoque, 5 fois du colibacille, 1 fois du pneumocoque, 1 fois du Pfeiffer, 1 fois l'association du coli et du Pfeiffer, et 1 fois un cocci-bacille indéterminé.

Au point de vue de l'âge des enfants, il est à remarquer que *les infections sanguines sont particulièrement fréquentes chez les prématurés* (enfants pesant moins de 2,000 grammes) ; sur 21 qui paraissaient infectés, 19 sont morts : 15 avaient des microbes dans leur sang (73,5 p. 100) et les microbes étaient 6 fois le streptocoque, 5 fois le colibacille, 1 fois le staphylocoque, 1 fois le pneumocoque, 1 fois le Pfeiffer, 1 fois les deux microbes associés.

Les prématurés seraient ainsi particulièrement sensibles au streptocoque et au coli, tandis que les nourrissons de quelques mois auraient plus d'aptitude à être infectés par le staphylocoque.

La progression des infections sanguines est presque régulièrement

(1) La communication de M. DELESTRE sera publiée intégralement dans cette *Revue*.

décroissante depuis la naissance jusqu'à l'âge de quatre à cinq ans, pour devenir alors excessivement rare comme chez les adultes.

Si maintenant on recherche l'explication de ces faits, on peut admettre, avec M. le professeur Hutinel, que les muqueuses intestinales et pulmonaires sont, chez le nouveau-né, de larges surfaces d'absorption mal défendues, par où les germes morbides peuvent pénétrer dans la circulation, que la plaie ombilicale est aussi une porte d'entrée fréquente des microorganismes. La généralisation de l'infection sanguine, véritable septicémie, se fait chez les prématurés avec une rapidité extraordinaire; ils succombent en cinq, six, vingt-quatre, quarante-huit heures au maximum. On peut attribuer la rapidité de la généralisation microbienne à l'insuffisance des appareils hémato et lymphopoiétiques.

Enfin M. Delestre a observé une amélioration manifeste chez ces prématurés infectés à la suite de la saignée suivie d'une injection de sérum artificiel.

Discussion sur la communication de M. Lepage sur **sept observations de symphyséotomie** (1). — M. Pinard discute les observations de M. Lepage au point de vue des accidents qui ont été observés et qui ne sont pas imputables à la symphyséotomie.

1° Trois fois M. Lepage a observé des lésions uréthro-vésicales et de l'incontinence d'urine. M. Pinard demande quel fut, dans ces cas, le degré d'écartement du pubis. Il ne doit jamais dépasser 7 centim. D'un autre côté, l'instrument d'extraction dont s'est servi M. Lepage, le levier préhenseur-mensurateur employé comme *agent de rotation*, n'est vraisemblablement pas étranger à la production des lésions uréthrales. C'est d'ailleurs l'opinion de M. Lepage.

2° Deux fois il y a eu des phénomènes de shock.

Dans l'obs. IV, il s'agit d'un shock hémorrhagique causé par une déchirure du col; les accidents ont cessé dès que la suture du col a été pratiquée.

Dans l'obs. VI, la femme est morte une heure après l'opération; il y a eu anesthésie chloroformique à trois reprises; la femme a perdu beaucoup de sang, la source de l'hémorrhagie n'étant pas la plaie symphysienne; elle avait enfin des lésions cardiaques et hépatiques.

La section de la symphyse ne saurait être incriminée.

---

(1) Voir séance du 5 octobre.

3° Deux enfants sont morts, mais, ainsi que le dit M. Lepage, ce n'est pas du fait de la symphyséotomie ; il n'y a qu'à regretter de n'être pas intervenu plus tôt, les enfants ayant souffert de la longueur du travail. Quant aux réserves que fait M. Lepage sur les indications de la symphyséotomie lorsqu'on a un doute sérieux sur la vitalité de l'enfant, M. Pinard déclare que, tant que l'enfant est vivant, on doit agrandir le bassin jusqu'au jour où l'on aura des signes permettant de reconnaître qu'un enfant encore vivant dans l'utérus doit fatalement mourir.

Doléris et Malartic. — **Analgésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.** — Les premières expériences de Doléris pratiquées en vue d'atténuer ou de supprimer les phases les plus douloureuses du travail de l'accouchement au moyen de la cocaïne datent de 1884 ; elles consistaient à badigeonner le col utérin d'une forte solution de cocaïne. Les résultats furent insuffisants. Le 17 juillet 1900, Doléris et Malartic présentent à l'Académie de médecine 5 cas assez démonstratifs d'analgésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. Depuis cette époque ils ont continué leurs essais et à l'heure actuelle ils sont en possession de 25 cas.

La dose de cocaïne injectée a été, en moyenne, de 1 centigramme et n'a jamais dépassé 2 centigrammes. Au début l'injection a été faite à toutes les phases de la dilatation depuis deux francs jusqu'à la dilatation complète. Actuellement Doléris et Malartic la font de préférence à la dilatation comme une grande paume de main chez les primipares, à la dilatation comme une petite paume de main chez les multipares. L'analgésie s'établit trois à dix minutes après l'injection ; la parturiente ne souffre plus, n'a plus conscience du travail utérin. L'analgésie dure une heure et demie. Elle est particulièrement utile chez les femmes dont la douleur était exagérée et offrait un caractère en quelque sorte pathologique.

La cocaïne ainsi appliquée agit comme un ocytocique précieux au cours du travail qu'elle accélère en général. Elle paraît agir comme hémostatique ; la délivrance est rapide, la perte de sang minime. L'enfant ne présente aucun trouble.

Les seuls accidents observés du côté de la mère sont la céphalalgie légère, cédant d'ailleurs à l'administration d'antipyrine et de vomissements accompagnés de congestion et de sueur de la face pendant les quinze premières minutes.

MM. Doléris et Malartic continuent à étudier la question au point

de vue de la répétition des injections pour prolonger l'analgésie et rendre l'accouchement non plus partiellement, mais totalement indolore à partir du début de la dilatation.

M. Pinard. — Je partage absolument l'opinion de notre collègue Doléris sur l'insuffisance des documents dont il vient de nous donner connaissance, pour juger la question qui fait l'objet de ses études. Ils ne sont ni assez nombreux pour conclure, ni assez complets pour convaincre.

Injecter dans le canal rachidien une solution de cocaïne à 10 primipares ayant une dilatation grande comme une paume de main et à 15 multipares dans les mêmes conditions de travail et noter les résultats obtenus constitue une œuvre intéressante, mais qui ne peut avoir la prétention d'élucider complètement la fameuse question de l'*accouchement sans douleur*.

Des observations beaucoup plus nombreuses, rapportées *in extenso*, et portant sur toute la durée du travail, c'est-à-dire sur toute la période douloureuse, sont absolument nécessaires avant d'essayer de formuler une opinion.

Je désire également présenter quelques observations à propos des indications relevées par notre collègue pour pratiquer ces injections : il nous dit : « Ces injections ont été faites dans les cas de *douleur pathologique*, c'est-à-dire dans les cas où il y avait indication à donner du chloroforme. » J'avoue, pour ma part, que j'ignore absolument ce qu'est une douleur pathologique. et que mon étonnement est grand de voir M. Doléris, dans un si court laps de temps, en face de 25 femmes souffrant tellement que, si la cocaïne n'avait pas existé, on leur aurait donné du chloroforme.

Depuis un certain temps je vois des femmes accoucher : quelques-unes souffrent peu, le plus grand nombre souffre beaucoup ; je déclare que je n'ai pu montrer une seule fois à mes élèves un seul cas de douleur pathologique indiquant l'anesthésie chloroformique.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par notre collègue sont extrêmement intéressants, et je considère le but poursuivi par lui comme extrêmement important.

Couvelaire,
interne des hôpitaux.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LIV

Juillet à Décembre 1900.

A

Accouchement prématuré (bougie stérilisable pour l' —), 99.
Achondroplasie (un cas d' — avec
Analgésie obstétricale (infection de cocaïne, etc), 627.
examen histologique), 126.
Angiotripsie (de l' — dans les opérations péritonéales), 468.
Aniodol (en obstétrique), 58.
Annexite à pédicule tordu (1 nouveau cas d'—), 622.
Annexites (traitement opératoire des —), 192.
Appendicites d'origine annexielle, 440.
Appendicite et accouchement, 151.
Asthme et puerpéralité, 60.
Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie, 447.
Avortement incomplet (traitement), 422.

B

Basilyste (un nouveau —), 116.
Bassin (de l'agrandissement permanent du —), 117.
Bassins de fonte pour recherches expérimentales, 110.
Bassin rachitique transversalement rétréci; radio-pelvimétrie du détroit supérieur, 143.

C

Cœliotomie et hystérectomie, 427.
Cancer de l'utérus (diagnostic précoce du —), 332.
Cancer et blastomycètes pathogènes, 333.
Capsules surrénales (leur importance gynécologique), 285.
Castration abdominale totale (de la —), 433.
Cellulite pelvienne, etc., 410.
Col de l'utérus (tuberculose du —), 169.
Col de l'utérus (de l'amputation du —), 130.
Col de l'utérus (sténose du —, traitement), 411.
Curettage électrique (du —), 423.
Curettes utérines à bords dentés, 471.
Cystopexie (nouveau mode de —), 372.

D

Décollement prématuré des membranes (1 cas de —), 99.
Désinfection des mains (de la —), 488, 579.
Drap de parturition, 123.
Dystocie par fibrome de l'utérus, hystérectomie totale, 61 ; 615.

E

Ecarteur-dilatateur utérin (nouvel —), 98.
Eclampsie (de l' —, traitement), 79.
Eclampsie sans albuminurie (quelques cas d' —), 76.
Endométrite chronique (traitement médico-chirurgical), 405.

F

Fibromes de l'utérus (électrolyse contre les —), 297.
Fibromes de l'utérus (nature des —), 323.
Fibromes de l'utérus (traitement par la décharge d'un condensateur de courant continu), 294.

Fibrome sous-péritonéal de l'utérus à pédicule tordu, 525.
Fibro-myômes rétro-péritonéaux de l'utérus (résultats de l'intervention chirurgicale ; importance de la méthode vaginale de la myomectomie conservatrice), 306.
Fistule vésico-vaginale (décubitus ventral pour la cure de la —), 288.
Fœtus (de l'expression du —, par la paroi abdominale), 115.
Fœtus (mort du — pendant la grossesse), 110.
Forceps (modification au — ; F. à branches parallèles), 98.
Forceps (nouveau —), 164.

G

Grossesse ectopique (traitement), 528.
Grossesse interstitielle (un cas de —), 63.
Grossesse tubaire (rapports anatomiques de l'œuf et de la paroi de l'oviducte dans la —), 272.

H

Hémato-salpinx ; absence du vagin, laparotomie, etc., 460.
Hémorrhagies puerpérales (injections intra-veineuses de sérum artificiel dans les —), 122.
Hygiène de la femme enceinte, 606.
Hystérectomie cervico-vaginale dans le morcellement des fibromes du corps de l'utérus, 310.
Hystérectomie abdominale (200 cas d' —), 413.
Hystérectomie rapide, 425.
Hystérectomie abdominale, 418.
Hystéropexie abdominale médiate pour la cure de la rétroversion utérine, 350.

I

Induction unipolaire (de l' — appliquée à la production des rayons Röntgen ; endodiascopie vaginale), 151.
Infections puerpérales et sérum artificiel, 59.
Infections puerpérales (étiologie et nature), 3 ; 3.
Infection streptococcique aiguë dans le *post partum* et sérum antistreptococcique, 532.
Inflammations utéro-annexielles (traitement par l'eau à 60°), 469.
Inversion chronique de la matrice (cure chirurgicale), 195.
Inversion de l'utérus datant de 5 ans (intervention chirurgicale dans un cas d' —), 121.

K

Kyste de l'ovaire (opération pendant la grossesse, etc.), 526.
Kystes hydatiques du petit bassin compliquant l'accouchement, 593.

L

Laparotomies secondaires (les —), 467.
Ligaments larges (kystes hydatiques des —), 278.
Ligature des artères utérines dans les myômes utérins (résultats de la —), 312.

M

Manie menstruelle, 424.
Métrites (vraies — et scléroses utérines), 613.
Métrites cervicales (des —), 377.
Métrites et vaginites pendant la grossesse (traitement par le bleu de méthylène), 130.
Môle hydatiforme (de la malignité de la —), 290.
Môle vésiculaire et dégénérescence kystique des ovaires, 129.
Monstruosité endocymienne (variété anide), 579.
Mort apparente du nouveau-né (traitement de la —), 101.
Myomectomie conservatrice, 315.
Myômes de l'utérus (traitement conservateur), 304
Myômes et grossesse, 61.

N

Neurasthénie féminine (traitement par les extraits d'ovaire), 423.
Nourrisson (Les infections sanguines chez le —), 625.

O

Omphalotripsie (de l' —), 112.
Opération d'Alquié, Alexander, Adams, contre les rétrodéviations mobiles, etc., 339.

Opérations sur le petit bassin (réparation des grandes pertes de substance dans les —), 465.
Opérations sur l'utérus et la vessie dans la grossesse, 99.
Ovaire. Voir : *Castration, môle.*
Ovaire (chirurgie conservatrice de l' —), 426.

P

Pansements vaginaux et péri-utérins au moyen des péricols, 296.
Péritonite mortelle due à une salpingite suppurée, au cours de la grossesse, 512.
Phlegmatia alba dolens, 58.
Phlegmatia alba dolens et les varices puerpérales (moyens préventifs contre la —), 164.
Pince porte-lacs pour l'extraction du siège décomplété, 151.
Placenta (Infarctus du —), 600.
Placenta (insertion vicieuse du —, accouchement forcé), 121.
Porte-caustique intra-utérin à partie terminale souple, 470.
Portion vaginale de l'utérus prolabé (Altérations anatomo-pathologiques de la —), 531.
Présentation primitive de la face (1 cas de —), 620.
Progrès réalisés en obstétrique pendant le XIXe siècle, 473, 553.
Prolapsus utérin (traitement du —), 366.
Prolapsus utéro-vaginal (cure chirurgicale du —), 337.
Physométrie artificielle (de la — au cours de l'accouchement), 115.
Puériculture intra-utérine (de la —), 606.

R

Rachitisme (étiologie, etc., du —), 123.
Radiographie à longue portée, 165.
Radiographie appliquée à la mensuration du détroit supérieur, 142.
Radiopelvigraphie (méthode nouvelle de —), 618.
Rétention des membranes après l'accouchement, 161.
Rétrodéviations utérines et hystéropexie vaginale, 346.
Rétrodéviations utérines (raccourcissement des ligaments ronds —), 354.

S

Salpingostomie (de la —), 463.
Sécrétion lactée (quelques remarques à propos de la —), 162.
Septicémie puerpérale (traitement local de la —), 58.
Serres-fines spéciales pour déchirures périnéales *post-partum*, 98.
Sérum de Marmorek, 58.
Suites de couches pathologiques (utilité du traitement à ciel ouvert), 161.
Sutures (tendons de renne pour les —), 259.
Symphyséotomie (histoire d'une —, radiographie), 150.
Symphyséotomie (7 cas de —), 621, 626.

T

Tension artérielle et puerpéralité, 64.
Tératome de l'épiploon gastro-hépatique (fœtus de 8 mois), 525.
Traitement chloruré-sodique contre les maladies génitales des femmes (indications et contre-indications), 302.
Traumatisme et grossesse (fracture de la base du crâne), 613.
Tuberculose et grossesse, 151.
Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme, 408.

U

Utérus. Voir : *Col, dystocie, endométrite, fibromes, hystérectomie, ligature, myômes,*
Utérus (cancer de l' —, traitement chirurgical), 206.
Utérus (cancer du corps de l' —), 186
Utérus (constatation du retour *ad integrum* après ablation de fibromes interstitiels par l'hystérectomie cervicale, 527.
Utérus didelphe et vagin double, 624.
Utérus (2 cas de rétrodéviation de l' — gravide, etc.), 582.

V

Vagin (sarcome angioplastique du —), 618.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LIV

Juillet à Décembre 1900.

MÉMOIRES ORIGINAUX

BEYEA (H.-D.). Tuberculose de la portion vaginale du col de l'utérus; pathologie, diagnostic et traitement, 169.

CALDERINI. Diagnostic et traitement du cancer de l'utérus, 186.

CALDERON. Dystocie due à une monstruosité endocymienne, variété anide. Opération, 576.

GOSSET et MOUCHOTTE. Péritonite mortelle, par irruption dans le péritoine à travers l'ostium abdonale, chez une femme enceinte de trois mois, 512.

HARTMANN (H.). Traitement opératoire des annexites, 192.

MOUCHET. 2 cas de rétrodéviation de l'utérus gravide; irréductibilité par incarcération complète. Réduction par laparotomie. Accouchement à terme, 582.

PINARD (A.). Esquisse des progrès réalisés en obstétrique pendant le IXe siècle, 473; 553.

SPINELLI. Cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de la matrice, 195.

WORMSER (E.). De la désinfection des mains, 488.

REVUE CLINIQUE

FRANTA. Kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin compliquant l'accouchement. Perforation sur l'enfant mort; crânioclasie; extraction de la tête, des épaules et du tronc très difficile. Suites de couches normales, 593

REVUE GÉNÉRALE

LABUSQUIÈRE. De la fréquence et de la signification des infarctus du placenta. Etude basée sur l'examen microscopique de 500 placentas, 609.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIIe Congrès international des sciences médicales, tenu à Paris du 2 au 9 août 1900 : *obstétrique*, 1 ; *gynécologie*, 169 (1).

Xme Congrès international d'hygiène et de démographie, 606.

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 525; 613.

REVUE ANALYTIQUE

La désinfection des mains, 529.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXIEW. Etude des altérations pathologiques de l'utérus prolabé, 531.

KLITINN. Etude de l'infection streptococcique aiguë dans la période de post-partum et de l'action du sérum antistreptococcique, 532.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL, 533.

(1) V. n° de juin p. 473 et *seq.*

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE HAVRE

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

2m-11,'29

v.53-54 Annales de gynécologie et
1900 d'obstétrique. 25040

3m-8,'30

25040